

**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio

**Conforto de Parir em Movimento: Intervenção do
Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde
Materna e Obstétrica**

Ana Froes

Lisboa

2016



Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio

Conforto de Parir em Movimento: Intervenção do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica


Ana Froes

Orientador: Professora Irene Soares

Lisboa

2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Three thick, stylized green wavy lines of varying shades (light green, medium green, and dark green) sweep across the bottom right corner of the page, creating a sense of movement and flow.

“There’s no one way or one position that works for everybody.

That’s why you change around”

Nieuwenhuijze, 2014

AGRADECIMENTOS

Expresso aqui a todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho o meu especial agradecimento.

À minha orientadora, Professora Irene Soares pela sua amabilidade, motivação, confiança, e incentivo ao longo de todo o processo de aprendizagem.

À minha Orientadora Local EEESMO E. S. pelo apoio, dedicação e profissionalismo e à restante equipa do serviço de Bloco de Partos pela integração e disponibilidade durante o Estágio com Relatório.

Aos meus colegas de trabalho e à Enfermeira-chefe B. B. pelo vosso apoio neste percurso.

À minha família, o meu maior agradecimento por terem tornado possível a concretização deste sonho!

RESUMO

A excelência dos cuidados prestados é o objetivo primordial do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) que desenvolve uma prática baseada na evidência científica, promotora de um parto normal, mais natural e mais humanizado.

O nascimento é um evento natural, considerado mobilizador e marcante na vida mulher e da família. Sendo um desejo da maioria das mulheres sentir-se envolvida nos seus cuidados durante a gravidez e parto.

O presente relatório de estágio é assente na reflexão e análise crítica sobre o meu percurso de aprendizagem, no âmbito do desenvolvimento e aquisição de competências na prestação de cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante a Unidade Curricular de Estágio com Relatório.

Como objetivo geral define-se o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais para a prestação de cuidados especializados de enfermagem, seguros e de qualidade, à mulher inserida na família e comunidade, durante o período pré-natal, parto, pós-parto, e ainda no âmbito da saúde ginecológica, que promovam o conforto e o bem-estar da mulher, recém-nascido e família.

Neste trabalho, pretende-se ainda aprofundar conhecimentos sobre a promoção de posições não supinas na mulher durante o 2º estadio de trabalho de parto (TP), como intervenção do EEESMO proporcionadora do bem-estar e conforto da mulher, recém-nascido (RN) e família.

Nesse sentido, realizou-se a caracterização do estado de arte através da metodologia de Revisão Sistemática da Literatura (RSL), simultaneamente que se planearam, implementaram e avaliaram intervenções de enfermagem relacionadas com a promoção de posições não supinas na mulher durante o 2º estadio de TP.

Finalmente, anseio que este trabalho reforce a importância da promoção de posições não supinas durante o 2º estadio de TP, como um cuidado de excelência do EEESMO na promoção do conforto da mulher inserida na família e comunidade e para um parto mais humanizado.

Palavras-chaves: “parturiente”, “2º estadio de trabalho de parto”, “conforto”, “posição”, “enfermeiro especialista de enfermagem de saúde materna e obstétrica”

ABSTRACT

The excellence of care is the gold of the midwife, who develops a practice based on scientific evidence, promoting a normal birth, more natural and human.

Birth, is a natural event of most importance in the life of the woman and family, such as the majority of the women desire to be involved in the care of her own pregnancy and labor.

The present internship report, it is based on the reflection and critical analysis of my learning pathway, developing and acquiring skills in midwife education to care the woman inserted in the family and community during the internship course report.

The main objective defines the development of technical skill, scientific skills and relational skills in the midwives care, safe and with quality, to the woman inserted in the family and community, during the prenatal period, labor, postnatal and in the framework of gynecological health, to promote the comfort e the wellbeing of the woman, newborn, and family.

This paper, intends to acquire more knowledge about the promotion of upright positions of the woman during the second stage of labor, as midwife's intervention to promote the wellbeing and comfort of the woman, newborn and family.

Taking that in mind, it was performed the characterization of the state of the art following the methodology of the Systematic Literature Review, simultaneously, it was planned, implemented and valued midwives' interventions related with the promotion of upright positions of the woman during the second stage of labor.

In conclusion, and hoping this paper acknowledge the importance of the promotion of upright positions during the second stage of labor, as a care of excellence of the midwife on the promotion of comfort of the woman inserted in the family and community, for a labor more human.

Keywords: "Woman", "second stage of labor", "comfort", "position" and "midwife"

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCF – Auscultação Batimentos cardio-fetais

AFU – Altura do Fundo Uterino

CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CMESMO – Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

CPP – Contacto Pele-a-pele

CTG – Cardiotocografia

DGS – Direção Geral de Saúde

EC – Ensino Clínico

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FAME – *Federación de Asociaciones de Matronas de España*

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

IA – Índice de Apgar

ICM – *International Confederation of Midwives*

IPN – Iniciativa Parto Normal

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

MEDLINE – *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

MCEESMO - *Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*

NICE - *National Institute for Health and Care Excellence*

OE – Ordem dos Enfermeiros

RN – Recém-nascido

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SUOG – Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia

TP- Trabalho de Parto

UC – Unidade Curricular

INDICE

INTRODUÇÃO	11
1. A TEORIA DE MÉDIO ALCANCE DO CONFORTO	16
2. PERCURSO DE APRENDIZAGEM	18
2.1. Objetivo Especifico nº 1	18
2.2. Objetivo Especifico n.º2	22
2.3. Objetivo Especifico n.º3	26
2.4. Objetivo Especifico n.º4	37
2.5. Objetivo Especifico n.º5	40
2.5.1. Estratégia de Pesquisa e Metodologia de Revisão Sistemática da Literatura	41
2.5.2. Enquadramento Teórico	44
2.5.3. Análise e Reflexão das Atividades Desenvolvidas na Prestação de Cuidados	47
2.6. Objetivo Especifico n.º 6	57
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Cronograma de Atividades	
APÊNDICE II – Apresentação dos Artigos Seleccionados RSL	
APÊNDICE III – Plano de Formação “Conforto de Parir em Movimento: Intervenção do EEESMO	

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Construção da Questão de Partida	41
Quadro 2. Critérios de Inclusão e de Exclusão	42
Quadro 3. Pesquisa Medline	42
Quadro 4. Pesquisa CINAHL	43

INDÍCE DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma da Seleção de Artigos nas Base de Dados
Medline e CINAHL

43

INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no âmbito da Unidade Curricular (UC) de Estágio com Relatório, integrada no 6º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CMEESMO).

O relatório de estágio é um instrumento que permite a avaliação e reflexão crítica da UC Estágio de Relatório, que posteriormente irá servir de documento para discussão pública para obtenção do grau de Mestre.

A UC Estágio com relatório decorreu no período de 29 de Fevereiro de 2016 a 8 Julho de 2016, no Serviço de Bloco de Parto e Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia de um Hospital da região sul do país, sob orientação da Professora Irene Soares. A duração total do estágio foram 750 horas, das quais 500 horas de contacto, 25h de orientação tutorial e as restantes de trabalho autónomo.

Segundo Fernandes (2011), num relatório crítico de atividades, conceptualizado como um projeto profissional, procura-se a “construção reflexiva da autoidentidade que depende tanto da preparação do futuro, como da interpretação do passado, embora a “reformulação” de eventos passados seja por certo mais importante neste processo”. Deste modo, pretende-se para este relatório de estágio descrever, autoavaliar, refletir e analisar os objetivos propostos, as atividades realizadas e os resultados obtidos na UC Estágio com Relatório, com intuito de desenvolver capacidades e competências essenciais ao EEESMO, que me permitam a (re)construção da minha identidade profissional.

De acordo com *Internacional Confederation os Midwives* (ICM) o EEESMO é “o profissional que trabalha em parceria com as mulheres, no apoio, na prestação de cuidados e no aconselhamento necessário durante a gravidez, trabalho de parto, e pós-parto” (ICM, 2010, p.2). Também a Ordem dos Enfermeiros (OE) preconiza que o EEESMO tem como foco dos seus cuidados a “mulher no âmbito do ciclo reprodutivo (...) tendo subjacente o pressuposto de que a pessoa (...) é um ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se” (OE, 2015, p.13). Assim, o EEESMO, numa prática baseada na evidência, assume no seu exercício

profissionais intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco (...) e intervenções autónomas interdependentes em todas as situações de médio e alto risco subjacentes ao ciclo reprodutivo da mulher (OE, 2010a).

Ainda, na vertente do desenvolvimento do estágio com relatório propus-me a desenvolver uma temática pertinente e inovadora, que visa aprofundar conhecimentos sobre a promoção de posições não supinas durante o 2º estadio de TP.

A escolha do tema – a promoção de posições não supinas durante o 2º estadio de TP - provém da minha motivação pessoal e interesse sobre as intervenções do EEESMO que promovem o parto normal, enquanto um fenómeno natural.

Sobre a promoção de posições não supinas durante o 2º estadio de TP, a evidência é consensual na importância de ser a própria mulher a escolher a posição que se sente mais confortável, pois como Gupta, Hofmeyr e Smyth (2004) refere as mulheres devem ter a possibilidade de fazer uma escolha informada sobre as posições de parto que elas queiram assumir.

De acordo com as práticas para um nascimento saudável, promover a escolha da posição em que se sente mais confortável contribui para uma experiência de parto globalmente mais satisfatória (Ondeck, 2007). Ainda, Parés e Calais-Germain (2009) referem, que a mulher é capaz de experimentar espontaneamente diferentes posições, sem ter feito alguma aprendizagem, fazendo-o por intuição na presença de um ambiente seguro, afetuoso e tranquilo. Ou seja, é fundamental permitir uma escolha informada da mulher/ casal, como é essencial adequar o ambiente em que ocorre o nascimento, pois influencia o conforto da mulher/casal vivenciado ao longo do trabalho de parto e nascimento.

Uma vez que, as salas de partos no contexto português, são pouco proporcionadoras para a liberdade de movimentos e na adoção de diferentes posições no 2º estadio de TP, os EEESMO são compelidos a recorrer à sua criatividade para adequar os condicionamentos físicos das salas às necessidades das parturientes.

Portanto, espera-se que o resultado final deste relatório fundamente a importância de promover as posições não supinas durante o 2º estágio de TP como estratégia para a melhoria da qualidade das práticas de cuidados. Pois, como a OE defende, o Enfermeiro Especialista tem competência para o planeamento de programas de melhoria contínua da qualidade, através da identificação de oportunidades, estabelecimento de prioridades e da seleção de estratégias de melhorias (OE, 2010b).

Efetivamente, o conforto experimentado pela mulher e seus conviventes, ao longo do trabalho de parto e parto deve ser uma prioridade nos cuidados prestados pelo EEESMO, por ser uma fonte de suporte, capaz de criar uma atmosfera adequada, segura e humanizada, que possibilita a mulher e seus conviventes desfrutar de uma experiência positiva.

Para Schuilling, Sampsel e Kolcaba (2010), a Teoria de Conforto permite compreender o parto de forma holística que suporta o conceito de parto normal. Por isso, a Teoria de Médio-Alcance de Conforto de Kolcaba, foi escolhida como referencial teórico para o desenvolvimento do presente relatório de estágio.

Deste modo, o meu objetivo geral para o Estágio com Relatório foi desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais para a prestação de cuidados especializados de enfermagem, seguros e de qualidade, à mulher inserida na família e comunidade, durante o período pré-natal, parto, pós-parto, e ainda no âmbito da saúde ginecológica, que promovam o conforto e o bem-estar da mulher, recém-nascido e família.

Não obstante aos objetivos definidos no documento orientador da UC Estágio com Relatório, delinee os seguintes **objetivos específicos** para o estágio:

1. Desenvolver capacidades e competências para cuidar da mulher inserida na família e comunidade, com complicações durante o período pré-natal, que recorre ao serviço de urgência de obstetrícia, promovendo o conforto e bem-estar materno-fetal.
2. Desenvolver capacidades e competências para cuidar da mulher inserida na família e comunidade, a vivenciar processo de saúde/doença

ginecológica, que recorre ao serviço de urgência ginecológica, de forma a potenciar a sua saúde.

3. Desenvolver capacidades e competências para cuidar da mulher inserida na família e comunidade, durante os quatros estadios de TP, assegurando um ambiente seguro, e promovendo o conforto e bem-estar da parturiente, recém-nascido e família.
4. Desenvolver capacidades e competências para prestar cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido, favorecendo a adaptação à vida extrauterina e otimizando o seu potencial de saúde.
5. Aprofundar conhecimentos e identificar de que forma, a posição da mulher no 2º estadio de TP, nomeadamente em posições não supinas, promove o conforto e satisfação da mulher/casal quanto à opção tomada para a posição de parto.
6. Desenvolver a capacidade reflexiva e de análise crítica, baseada na evidência científica.

Do ponto de vista metodológico utilizaram-se estratégias de pesquisa, como a metodologia de RSL, de modo a reunir a melhor evidência científica disponível, para fundamentar as atividades realizadas ao longo do estágio e descritas neste relatório.

Estruturalmente, o presente relatório de estágio inicia-se com um primeiro capítulo dedicado a contextualizar a Teoria de Medio alcance do Conforto como modelo conceptual neste trabalho. O segundo capítulo descreve o percurso de aprendizagem efetuado durante a UC Estágio com Relatório, contendo seis subcapítulos referentes a cada objetivo proposto. Para cada objetivo proposto, são refletidas criticamente as atividades planeadas, os sentimentos vividos e evolução da minha aprendizagem no desenvolvimento de competências específicas ao EEESMO. Igualmente no segundo capítulo, será dado destaque, em forma de subcapítulo, a temática central deste trabalho – a promoção de posições não supinas durante o 2º estadio de TP. No terceiro capítulo, será apresentada uma reflexão global dos valiosos contributos deste trabalho sob a forma de considerações finais. Finalmente, no quarto capítulo são exibidas as referências bibliográficas

utilizadas na construção deste trabalho. Os apêndices que dão suporte complementar a este relatório, ficarão disponíveis para consulta no final do relatório de estágio.

1. A TEORIA DE MÉDIO ALCANCE DO CONFORTO

O conceito de conforto tem sido explorado pela enfermagem ao longo dos tempos, podendo ser interpretado em várias dimensões: como uma necessidade humana, um processo, uma função do enfermeiro ou um resultado dos cuidados de enfermagem.

A escolha do tema deste Relatório de Estágio provém da minha motivação pessoal e interesse sobre a temática do parto normal, enquanto um fenómeno natural, aliada à possibilidade de contribuir, como futura EEESMO, para o parto mais humanizado, nomeadamente através da promoção do conforto da mulher, recém-nascido e família durante o período pré-natal, nascimento e pós-natal. Segundo, Schuilling et al. (2010) a Teoria de Conforto permite compreender o parto de forma holística, e sendo uma teoria que é orientada para a saúde, ela suporta o conceito de parto normal. Por isso, escolhi a Teoria de Médio Alcance do Conforto de Kolcaba como referencial teórico para o desenvolvimento deste trabalho.

Para Kolcaba conforto é “o estado imediato de ser fortalecido por ter necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência satisfeitas em quatro contextos (físico, psicoespiritual, social e ambiental)” (Oliveira, 2013, p.5).

Segundo a Teoria do Conforto de Kolcaba, as necessidades de cuidados de saúde, são necessidades de conforto que o indivíduo não consegue resolver pelos seus métodos tradicionais. Por sua vez, o enfermeiro após a identificação das necessidades do cliente implementa medidas de conforto, que visam alcançar o conforto deste, que pode ser de três tipos: alívio, tranquilidade e transcendência (Dowd, 2004). O alívio representa “o estado, a experiência dum doente a quem foi satisfeita uma necessidade de conforto específica” (Oliveira, 2013, p. 5), enquanto a tranquilidade “um estado de calma, sossego ou satisfação” (Oliveira, 2013, p.5), e por último, segundo Kolcaba (1997, 2003) a transcendência é o estado no qual é possível superar problemas ou dor. A experiência de conforto é sentida em quatro contextos: físico, psicoespiritual, social e ambiental. O contexto físico diz respeito às sensações corporais e o contexto psicoespiritual refere-se à consciência de si,

incluindo a autoestima, autoconceito e sexualidade, podendo também envolver uma ordem ou ser superior. Ainda, o contexto social remete às relações interpessoais, familiares e sociais, por fim, o contexto ambiental refere-se aos elementos naturais ou artificiais do meio envolvente. (Apóstolo, 2009). Logo, a intervenção de enfermagem é a ação de confortar e o conforto é o resultado dessa intervenção (Apóstolo, 2009).

Na teoria do Conforto de Kolcaba, o conceito de comportamento de procura de saúde é entendido como os resultados relacionados com a procura de saúde da pessoa, podendo ser internos, externos ou uma morte pacífica (Dowd 2004). Quando o conforto é alcançado, a pessoa fica mais capacitada para adotar comportamentos de procura de saúde adequados (Apóstolo, 2009), isto é, o conforto melhorado está diretamente e positivamente relacionado com o compromisso e empenho nos comportamentos de procura de saúde, que é o resultado posterior desejado (Dowd 2004).

Em suma, a teoria do conforto de Kolcaba é assente nos seguintes pressupostos: os seres humanos têm respostas holísticas a estímulos complexos, logo os seres humanos sentem necessidade de satisfazer as suas necessidades básicas de conforto; o conforto é um resultado holístico e o conforto melhorado motiva a pessoa a empreender os comportamentos de procura de saúde, finalmente, as pessoas a quem é concedido poder para assumir ativamente os seus comportamentos de saúde, estão satisfeitas com os cuidados de saúde oferecidos (Dowd 2004).

Logo, o conforto experimentado pela mulher e seus conviventes, ao longo do trabalho de parto e parto deve ser uma prioridade nos cuidados prestados pelo EEESMO, não só através do apoio prestado no decorrer do TP ou pela implementação de **medidas de conforto**. Como também, pelo EEESMO ser uma fonte de suporte, capaz de criar uma atmosfera adequada, segura e humanizada, para que a mulher e seus conviventes possam desfrutar de uma experiência positiva com **tranquilidade**, sentindo-se respeitados, confiantes e confortáveis, capazes de atingir a **transcendência** durante o trabalho de parto e parto.

2. PERCURSO DE APRENDIZAGEM

2.1. Objetivo Especifico n.º 1

Desenvolver capacidades e competências para cuidar da mulher inserida na família e comunidade, com complicações durante o período pré-natal, que recorre ao serviço de urgência obstétrica, promovendo o conforto e bem-estar materno-fetal.

Quando a mulher grávida recorre ao Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia (SUOG) inicialmente faz a sua inscrição no secretariado, de seguida é chamada por ordem de chegada ao gabinete de triagem (salvo situações de critério emergente previamente identificadas ou referenciadas).

Na sala de triagem é realizado o primeiro contacto da mulher/família com o profissional de saúde (médico ou enfermeiro). A triagem permite identificar precocemente o doente urgente de forma objetiva e contínua, estabelecendo uma prioridade clínica e encaminhando o doente para a área de atendimento mais adequada (DGS, 2015).

No caso específico do SUOG, este primeiro contacto com a mulher é realizado pelo EEESMO. O EEESMO é um profissional qualificado para a realização de triagem na área da saúde materna e obstetrícia pois a este compete “diagnosticar precocemente e prevenir complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento” (OE, 2010a, p.4). Também o ICM (2010) declara que, o EEESMO tem competência para identificar quais os sinais e sintomas com potenciais efeitos nefastos ou condições de risco para a saúde da grávida e/ou feto. Neste âmbito, ao longo do estágio, participei e realizei autonomamente 14 triagens de mulheres grávidas/famílias que recorreram ao serviço de urgência obstétrica.

Pude verificar que as situações mais frequentes que levam a grávida a recorrer ao SUOG foram: sinais de início de trabalho de parto ou falso trabalho de parto, hemorragia no 1º e 2º trimestre, algias pélvicas sugestivas de contratilidade,

rotura prematura de membranas, diminuição dos movimentos fetais, estados de ansiedade e traumatismos.

Sendo este o primeiro contacto com a grávida/família, tive o cuidado de me apresentar e informar que se iria proceder à triagem. Para tal, procedi ao acolhimento da grávida num ambiente tranquilo, assegurando a privacidade, demonstrando respeito e empatia. Afinal, um dos principais objetivos da fase de avaliação consiste em desenvolver uma relação de confiança e em colher dados através de variados métodos para obter um perfil completo da utente (Lowdermilk & Perry, 2008, p.59).

Portanto, no contacto inicial com a grávida e família procurei compreender qual o motivo de recurso ao serviço de urgência, fazendo uma análise sistemática das queixas principais e a história da doença atual (descrição cronológica que inclui o início do problema, a forma como surgiu, as manifestações e medidas que foram implementadas) assim como a avaliação de sinais vitais, e exame físico para ser possível identificar e avaliar risco para a saúde da mulher e feto, estabelecendo prioridades no atendimento.

No caso específico da grávida é fundamental, numa primeira avaliação conhecer a história obstétrica e ginecológica (determinação de índice obstétrico e desvios de saúde) e história da gravidez atual. Por isso, foi pertinente consultar o boletim de saúde da grávida assim como exames complementares de diagnóstico. Também realizei a correta datação da gravidez que é essencial para orientar a entrevista, facilitando a identificação de problemas/riscos potenciais, permitindo planejar a execução de medidas para avaliar o bem-estar materno-fetal.

Segundo Lowdermilk e Perry (2008), o principal resultado esperado de todas as avaliações realizadas antes do parto é a identificação precoce de potenciais compromissos materno-fetais, logo planeei e implementei medidas adequadas à idade gestacional para avaliação do bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos técnicos apropriados tais como: a realização de Manobras de Leopold para determinar a situação, posição e apresentação fetal, monitorização e interpretação cardiotocografica, auscultação dos batimentos cardio-fetais (ABCF), avaliação da

altura do fundo uterino (AFU), exame vaginal e cervicometria. Como também colaborei com outros profissionais de saúde na realização de exames complementares de diagnóstico (ex.: realização de ecografia) e procedimentos técnicos como colheitas de produtos biológicos para análise e administração de terapêutica.

Todas as mulheres, submetidas a avaliações anteparto, estão em risco de problemas reais e potenciais, podendo ficar em estado de ansiedade, portanto preocupei-me em dar apoio emocional à mulher e família a vivenciar processo de risco materno-fetal, em situação de abortamento ou em situação de luto.

Também, quando é diagnosticado situação de risco durante a gravidez, a mulher pode apresentar várias reações psicológicas, incluindo ansiedade, baixa autoestima, culpa, frustração ou sentimento de incapacidade (Lowdermilk & Perry, 2008). Por isso, realizei educação para a saúde pertinente e adequada, promovendo o seu potencial de saúde, o autocuidado e a autonomia da grávida, incentivando a sua autoestima e confiança, facultado suporte emocional e informativo, promovendo o envolvimento familiar. A nível do autocuidado, pude propor à grávida medida de **alívio** relacionado com os desconfortos da gravidez. A educação para a saúde é fundamental para que a grávida adquira **comportamentos de procura de saúde** que lhe proporcione um estado de **conforto holístico**. Por vezes, após o diagnóstico de risco para a gravidez, é proposto à grávida e família o internamento na unidade hospitalar, sendo uma situação geradora de stress para a mulher e família, não só, por ser um ambiente estranho, como altera a rotina diária da mulher e família. Assim com vista em promover a sua **tranquilidade**, expliquei-lhe a necessidade e o objetivo do internamento, esclarecendo as dúvidas da grávida/casal, promovendo a decisão informada.

Entre os motivos mais frequentes, que levam a mulher a recorrer ao serviço de urgência, estão os sinais de alarme de TP. Neste âmbito, foi importante saber reconhecer e distinguir entre trabalho de parto efetivo e falso trabalho de parto. Quando realizei triagem, um dos primeiros passos que executei foi a correta datação da gravidez com o objetivo de identificar se trataria de um possível parto pré-termo

ou de termo, sendo isto determinante para o planeamento de medidas a implementar. Após a validação com a grávida sobre os sinais de trabalho de parto apresentados (algias pélvicas, lombalgias concomitantes ou intermitentes, pressão pélvica, algias abdominais, modificação ou aumento do fluxo vaginal, contrações uterinas com intervalos inferiores a 10 minutos ou perda de líquido), independentemente da idade gestacional, procedi à avaliação do bem-estar materno fetal pela monitorização de sinais vitais, ABCF, tocograma ou cardiotocografia (CTG). Sempre que a grávida apresentasse, por exemplo reações comportamentais sugestivas de TP avançado, procedi à avaliação por cervicometria com intuito de identificar o estadio de TP, para que fosse possível encaminhar, internar ou transferir para o local mais adequado, de acordo com os procedimentos da instituição. Por outro lado, referenciei a outros profissionais de saúde as situações que estão para além da área de intervenção do EEESMO.

Na situação de alta ou de internamento, foi igualmente importante ter assegurado a continuidade de cuidados, quer pela elaboração de registos do motivo de vinda à urgência e medidas de alívio implementadas no boletim de grávida, ou disponibilizando informação dos recursos existentes na comunidade. No caso de internamento da grávida, assegurei a continuidade de cuidados pela realização da colheita completa de dados da grávida e família, registos de notas de evolução de enfermagem no processo clínico e pela transmissão verbal de informações à equipa multidisciplinar.

Finalmente, considero que as atividades implementadas foram essenciais para o meu desenvolvimento de competências em contexto de cuidados à grávida que recorre ao Serviço de Urgência, tendo por isso atingido o objetivo proposto: **Desenvolver capacidades e competências para cuidar da mulher inserida na família e comunidade, com complicações durante o período pré-natal, que recorre ao SUOG, promovendo o conforto e bem-estar materno-fetal.**

2.2. Objetivo Especifico n.º 2

Desenvolver capacidades e competências para cuidar da mulher inserida na família e comunidade, a vivenciar processo de saúde/doença ginecológica, que recorre ao serviço de urgência ginecológica, de forma a potenciar a sua saúde.

O percurso efetuado pela mulher a vivenciar processo de saúde/doença ginecológica, que recorre ao SUOG, é semelhante ao percurso realizado pela grávida, pois é o mesmo espaço físico e equipa multidisciplinar. Por isso, o primeiro contacto com a mulher é sempre realizado na sala de triagem.

O EEESMO é um profissional que tem competência para “promover a saúde ginecológica da mulher, diagnosticar precocemente e prevenir complicações relacionadas com afeções do aparelho génito-urinário e/ou mama e providencia cuidados à mulher com afeções do aparelho génito-urinário e/ou mama, facilitando a sua adaptação à nova situação” (OE, 2010a, p.7)

As afeções ginecológicas podem atingir mulheres em diferentes fases de vida, desde a infância até a terceira idade (Setchell, Shepherd & Hudson, 2013). Por isso é fundamental cuidar da mulher de acordo com a etapa do seu ciclo reprodutivo em que se encontra. As mulheres em idade fértil podem desenvolver desordens relacionadas com o ciclo menstrual e menstruação (dismenorreia, menorrrias), problemas oncológicos e complicações do assoalhado pélvico, mais frequentes em mulheres em pré-menopausa, havendo uma crescente necessidade na promoção da sua saúde, para que se adapte à nova condição de saúde, ou previna precocemente complicações (Stechell et al, 2013).

Neste âmbito, tive oportunidade de realizar autonomamente 8 triagens a mulheres com afeções do aparelho geniturinário, assim como, planear e implementar **medidas de conforto** durante a sua permanência nesta unidade. Ressalvo, que durante o estágio ainda prestei cuidados de enfermagem a mulheres transferidas do Serviço de Urgência Geral com suspeita de afeções do aparelho geniturinário, ou seja, clientes que já tinham sido triadas noutra unidade, mas que requeriam cuidados especializados na área da ginecologia, e por isso, foram

transferidas para esta unidade, perfazendo um total de 11 clientes a quem prestei cuidados especializados.

Entre as situações mais frequentes, que levam a mulher a recorrer ao serviço de urgência, destacam-se: algias pélvicas e abdominais, hemorragia vaginal, ou outras alterações vulvares e vaginais (ex.: alterações no corrimento, lesões prurido).

A média de idade das utentes que recorreram ao serviço de urgência e a quem prestei cuidados especializados de enfermagem, foi de 47 anos. Logo, verifica-se que as principais afeções ginecológicas estão relacionadas com o período de climatério e menopausa. Porém, outro motivo de vinda á urgência (menos frequente), são problemas relacionados com o envelhecimento feminino, nomeadamente prolapsos uterinos e hemorragias vaginais.

À semelhança do objetivo anterior, as principais atividades desenvolvidas neste âmbito foi o acolhimento da mulher/família na sala de triagem, promovendo a sua privacidade e demonstrando respeito e empatia. Quando se realiza triagem, a prioridade é validar as queixas da utente e realizar anamnese, utilizando os instrumentos básicos de enfermagem, como a entrevista, observação e escuta ativa, para obter informação essencial e pertinente, tal como, a história pessoal, obstétrica e ginecológica. Após a apreciação inicial pude prevenir e identificar precocemente complicações, mediante a avaliação de sinais vitais e exame físico, estabelecendo prioridades no atendimento e identificando as situações de risco que exigissem uma atuação emergente.

Durante a estadia da mulher/família no serviço de urgência, planeei, implementei e avaliei cuidados de enfermagem especializados à mulher a vivenciar processo de saúde/doença ginecológica assegurando o seu **conforto** e referenciando as situações que ultrapassassem a área de intervenção do EEESMO.

Sendo uma das características deste serviço, os internamentos de curta duração e a diversidade de situações, foi necessário realizar pesquisa bibliografia e aprofundar conhecimentos para estar mais confiante e segura na prestação cuidados de enfermagem especializados e por vezes emergentes. Também colaborei com outros profissionais de saúde na realização de exames

complementares de diagnóstico e procedimentos técnicos como colheita de produtos biológicos para análise e administração de terapêutica, tendo em consideração o consentimento informado das utentes.

Como foi referido anteriormente, a maioria dos problemas que levam as mulheres a recorrer ao serviço de urgência estão relacionados com a etapa do seu ciclo de vida reprodutivo. Quando a mulher/família, a vivenciar processo de saúde/doença, recorre ao SUOG cria-se uma janela de oportunidade para a promoção de saúde e autocuidado, logo realizei educação para a saúde com vista a potenciar a sua saúde e autocuidado. Mais uma vez, foi uma preocupação constante, implementar **medidas de alívio** que permitissem atingir o nível de **conforto** suficiente, para que a pessoa pudesse arranjar **comportamentos de procura de saúde** desejáveis. Como exemplo, incentivei a adesão a comportamentos de saúde, como a prevenção de IST, prevenção de gravidez indesejada pelo uso adequado de contraceptivos, a importância do cumprimento do esquema de vigilância de saúde e adesão as rastreios oncológicos.

O **conforto** sentido pela mulher pode ser experimentado ao nível do contexto físico, psico-espiritual, social e ambiental, sendo que, os principais motivos de vinda à urgência são desconfortos a nível do **contexto físico**. Contudo, é importante que o EEESMO tenha em consideração os **outros contextos de conforto**, que poderão estar comprometidos para um cuidado holístico. Por isso, utilizei os princípios da relação de ajuda para criar uma relação de confiança com as utentes de forma a excluir outras causas que podem estar inerentes à sua condição de saúde. Como exemplo, níveis de ansiedade elevados ou hemorragias vaginais de causa idiopática podem ser manifestações de algum tipo de agressão, sendo que, o EEESMO deve possuir competências para poder intervir perante uma suspeita de violência. Afinal, os serviços e os profissionais de saúde ocupam uma posição privilegiada, no que diz respeito à deteção e intervenção em situações de violência na medida em que são, muitas vezes, o único ponto de contacto que as vítimas têm com profissionais capazes de, pela sua formação e experiência profissional, reconhecer e intervir no seu problema (Manita, Ribeiro, & Peixoto, 2009).

No caso de ser necessário internamento hospitalar, procedi à transferência da utente para o serviço de internamento de ginecologia, conforme os protocolos existentes na instituição, assegurando a continuidade de cuidados pela elaboração de registos de enfermagem e pela transmissão verbal de informações. No caso de alta dei orientações sobre os recursos disponíveis na comunidade. Em qualquer uma das situações promovi a decisão esclarecida, disponibilizando-me para dar informações e esclarecendo as dúvidas das utentes/famílias.

Apesar do número de clientes, a quem prestei cuidados nesta unidade, ser reduzido, considero que atingi o objetivo proposto devido à experiência que obtive noutros ensinos clínicos. Por exemplo, no Ensino Clínico III realizei autonomamente 36 consultas no âmbito da Saúde Sexual e Reprodutiva, a mulheres de diferentes faixas etárias e por conseguinte em diferentes etapas do ciclo reprodutivo feminino. Esta experiência proporcionou-me o desenvolvimento de competências para diagnosticar e prevenir complicações relacionadas com a saúde ginecológica da mulher, promover a sua saúde através do aconselhamento de medidas de conforto e incentivar adesão a comportamentos de procura de saúde através da educação para saúde. Também no Ensino Clínico I prestei cuidados de enfermagem especializados a 44 mulheres, com afeções do aparelho geniturinárias e/ou mama facilitando a sua adaptação a nova condição de saúde.

2.3. Objetivo Especifico n.º 3

Desenvolver capacidades e competências para cuidar da mulher inserida na família e comunidade, durante os quatro estadios do trabalho de parto, assegurando um ambiente seguro, e promovendo o conforto e bem-estar da parturiente, recém-nascido e família.

Durante o percurso efetuado nesta unidade, procurei desenvolver atividades no âmbito da prestação de cuidados especializados que fossem de encontro ao preconizado pelo ICM, quanto às competências do EEESMO, ou seja, providenciar cuidados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis durante o parto, assegurando um parto limpo e seguro, resolvendo determinadas situações de emergência, de modo a maximizar a saúde da mulher e do recém-nascido (ICM, 2010).

De acordo, com o procedimento habitual do serviço, as parturientes são admitidas do Bloco de Partos com os seguintes critérios: quando se encontram em fase ativa do TP, ou por necessidade de vigilância materno-fetal rigorosa ou suspeita de risco eminente. Quanto ao primeiro ponto, todas as grávidas em fase latente de trabalho de parto, ou em indução para o parto, ficam internadas na sala de indução, situada no serviço de internamento de grávidas com patologia materno-fetal.

Assim sendo, quando acolhi a parturiente e convivente significativo, em contexto de Bloco de Partos, procurei demonstrar respeito e empatia, apresentando os profissionais da equipa envolvidos, o funcionamento da unidade e recursos disponíveis (sistema de alarme, equipamento, etc.). É importante, para a mulher e convivente significativo conhecer o espaço físico onde acontecerá o nascimento do seu filho, porque é frequente este momento ser o primeiro contacto da mulher com o ambiente hospitalar, que por sua vez é conectado a situação de doença, logo é pertinente desmistificar e explicar para que serve o equipamento, para que a mulher se sinta mais segura e à vontade (APEO & FAME, 2009).

Imediatamente, após o acolhimento da parturiente procedi à avaliação inicial. Segundo Lowdermilk e Perry (2008), o enfermeiro começa por realizar uma

avaliação inicial utilizando as técnicas da entrevista e da avaliação física, revê os resultados laboratoriais e dos testes de diagnóstico realizados para determinar a condição de saúde mulher e do feto, bem como o progresso do trabalho de parto. Neste sentido, durante a admissão da parturiente validei os seus antecedentes de saúde, história obstétrica e gravidez atual. Ainda confirmei se frequentou curso de preparação para parto, as suas preferências para o parto ou a existência de plano do parto. Não menos importante, consultei os exames complementares de diagnóstico efetuados durante a vigilância da gravidez e informações contidas no boletim de saúde da grávida, de modo a identificar se existe necessidade de repetição ou requisitar novos exames para completar achados/informações pertinentes para o trabalho de parto e parto (ex.: colheita de serologias no caso de estarem incompletas ou desatualizadas, confirmação grupo sanguíneo, etc).

O exame físico é essencial, pois avalia o progresso do trabalho de parto, sendo o ponto de partida para planejar e implementar os cuidados de enfermagem (Lowdermilk & Perry 2008). Deste modo, planeei e implementei **medidas de conforto** após a avaliação geral dos sistemas e sinais vitais, observação do comportamento da parturiente, realização das Manobras de Leopold, avaliação da FCF, das contrações uterinas (frequência, intensidade e duração), avaliação pelo exame vaginal (avaliação das estruturas do canal de parto, características do colo: posição, consistência, extinção e dilatação, descida e apresentação fetal), e avaliação da integridade das membranas e características de líquido amniótico.

O trabalho de parto é composto por quatro estádios, sendo que para cada um existem intervenções específicas. Contudo, existem cuidados que são transversais ao longo do trabalho de parto, que centram-se na avaliação e no apoio à mulher e convivente significativo de forma a garantir os melhores resultados possíveis para todos os envolvidos (Lowdermilk & Perry 2008).

Deste modo, preocupei-me em manter a parturiente e convivente significativo informados sobre a progressão do trabalho de parto, e os procedimentos a efetuar, obtendo o seu consentimento. De acordo com Lowdermilk e Perry (2008), as mulheres sentem-se empoderadas quando lhes é transmitida informação que

conseguem compreender, fazendo com que se sintam capazes de participar em pleno no seu trabalho de parto, proporcionando uma percepção positiva desta experiência. Assim sendo, posso afirmar que acompanhei e apoiei a parturiente e convivente significativo, durante os vários estadios de TP, proporcionando conforto ao nível da **tranquilidade** pelo estabelecimento da relação de confiança, promoção de um ambiente seguro que respeitasse a sua privacidade, e prestando cuidados de enfermagem especializados e culturalmente congruentes.

Outro aspeto fundamental, durante os quatro estadios de TP, é incentivar a participação do acompanhante, pois o apoio proporcionado pelo companheiro ou outra pessoa significativa para a mulher, complementa o prestado pelo EEESMO (APEO & FAME 2009). Neste contexto, encorajei a participação do convivente significativo através do fornecimento de informação, explicando **medidas de conforto** que podia proporcionar à parturiente, tais como, facilitar a ingestão de líquidos, a massagem, apoio à parturiente enquanto experimenta diferentes posições, etc. Para favorecer a adesão do companheiro, foi importante ter em consideração alguns aspetos, como dirigir-me à pessoa pelo seu próprio nome, orientar o seu papel e a sua importância durante o TP e parto, colocar a pessoa confortável e à vontade mostrando disponibilidade para esclarecer as suas dúvidas, por fim elogiá-lo para que se sinta confiante e envolvido nos cuidados.

Algumas complicações do trabalho de parto podem ser antecipadas, no entanto, outras podem surgir de forma inesperada no seu decurso, logo foi uma preocupação constante durante a condução do trabalho de parto, a vigilância do bem-estar materno-fetal pela implementação dos meios clínicos e técnicos apropriados entre os quais: avaliação da situação, posição e apresentação fetal pela realização de Manobras de Leopold, monitorização externa e interna e respetiva interpretação de cardiotocografia, ABCF, monitorização de sinais vitais, avaliação AFU.

O método mais utilizado para avaliação do bem-estar fetal foi a monitorização externa contínua por CTG devido ao elevado número de partos induzidos, ao recurso da analgesia epidural e à necessidade de administração de perfusão de

ocitocina durante o trabalho de parto. Segundo Graça (2005), o CTG é o método de avaliação primário do estado fetal intraparto, pois permite identificar com grande precisão o bem-estar fetal. A partir desta monitorização pude treinar a interpretação do traçado cardiotocográfico, pois como refere Graça (2005), a cardiotocografia intraparto é a expressão do estado fetal, sendo necessária a aprendizagem e o uso correto da monitorização fetal baseada no conhecimento preciso das várias respostas fisiológicas e fisiopatológicas do feto, tais como: a correspondência ao tempo de gestação, a situação clínica subjacente, o tipo e a duração do fenómeno agressor do feto (ex.: hiperestimulação uterina), a utilização de fármacos e o tipo de resposta fetal antecedente.

De igual modo, com a monitorização externa pude identificar alterações do padrão da FCF, permitindo atuar de acordo com o seu significado clínico. A atitude praticada perante a identificação de um padrão de FCF não tranquilizador foi proceder à reanimação intrauterina, ou seja, a alternância de posicionamento da parturiente para decúbito lateral esquerdo como primeira opção, aumento da perfusão de soroterapia (preferencialmente Dextrose 5%), interromper a administração de ocitocina e administração de oxigenoterapia. Caso nenhuma destas medidas produzisse efeito, a minha conduta seria comunicar e pedir apoio à equipa médica.

Quando a parturiente era considerada de baixo risco e não apresentasse critérios para a monitorização contínua, pude avaliar a FCF através da auscultação intermitente pelo *Doppler*. Esta medida foi implementada sobretudo durante o 1º estadio de TP, enquanto se promoviam medidas não farmacológicas para o alívio da dor, isto é, utilizei mais frequentemente durante o duche ou na deambulação. A auscultação intermitente da FCF deve ser realizada durante 60 segundos, em intervalos de 15 minutos no 1º estadio de TP. Durante o estágio tive ainda oportunidade de realizar auscultação intermitente da FCF no 2º estadio de TP, pelo menos a duas parturientes que pretendiam parto natural, tendo sido realizada em intervalos de 5 minutos, enquanto permaneciam no duche. Esta medida foi importante para as mulheres, pois permitiu respeitar o seu parto planeado,

proporcionar conforto, e simultaneamente assegurar bem-estar fetal.

Apesar da avaliação da FCF ser o método de vigilância do bem-estar fetal com maior peso na decisão clínica, existem outras condições que tive de considerar para avaliar o bem-estar fetal, como a apreciação do estado da bolsa amniótica no que diz respeito à sua integridade, cor e quantidade de líquido amniótico, assim como avaliar os sinais vitais maternos: a temperatura para identificar possível risco de infecção, tensão arterial e frequência cardíaca para reconhecer causas fisiopatológicas maternas com repercussões no bem-estar fetal.

O partograma é uma ferramenta de trabalho que permite realizar uma adequada avaliação do trabalho de parto (APEO & FAME 2009), assim no decorrer do estágio pude aprender a preencher convenientemente o partograma, assim como interpretá-lo como complemento da avaliação do risco e na deteção de possíveis complicações.

Durante a assistência da parturiente no TP, planeei e implementei **medidas de conforto** com intuito de promover o **alívio** e o bem-estar da parturiente durante o 1º e 2º estadio de TP. Neste âmbito, promovi a higiene da parturiente no duche sempre que possível e desejado pela mulher, porque esta medida melhora o sentimento de bem-estar e minimiza o desconforto provocado pelas contrações (Lowdermilk & Perry 2008); encorajei a ingestão de líquidos cristalinos (água, chá e gelatina) por proporcionar maior nível de conforto e reduzir o risco de desidratação e cetose (APEO & FAME 2009). Incentivei a eliminação vesical adequando estratégias para promover a micção espontânea, ou perante sinais de retenção urinária procedi à técnica de esvaziamento vesical (frequente nos casos de mulheres submetidas analgesia epidural), pois a eliminação vesical na parturiente é importante devido à bexiga distendida poder impedir a descida da apresentação, inibir as contrações uterinas e provocar a diminuição do tónus da bexiga ou atonia após o parto (Lowdermilk & Perry 2008).

Favorecer a liberdade de movimentos foi outra medida, que proporcionei às parturientes ao longo do estágio e sempre que possível. Segundo o documento “Iniciativa Parto Normal” (IPN) poder mover-se livremente durante o TP ajuda a

mulher a enfrentar a sensação dolorosa (APEO & FAME 2009). Neste sentido, incentivei exercícios de relaxamento na bola de Pilates, a deambulação e a adoção de posições verticalizadas. As medidas referidas anteriormente além de proporcionarem conforto à mulher durante as TP, também podem ser utilizadas isoladamente ou combinadas com estratégias não farmacológicas para o alívio da dor. Assim, acrescentando ao que foi referido, entre as estratégias não farmacológicas para o alívio da dor existentes, pude implementar autonomamente: o apoio contínuo, uso da música, exercícios de relaxamento pela respiração, exercícios na bola de Pilates durante o duche, a massagem e aplicação de calor na região lombar, quer por mim ou pelo companheiro através do ensino e envolvimento deste durante o TP.

Em 90% dos trabalhos de parto que pude assistir, as parturientes recorreram à analgesia epidural como estratégia de alívio da dor. Assim sendo colaborei com a equipa multidisciplinar no procedimento de colocação de cateter epidural e na administração de fármacos pelo cateter epidural, assegurando o bem-estar materno-fetal e prevenindo complicações associadas.

Estas medidas, só foram possíveis concretizar a partir do apoio e consentimento da mulher, sendo imprescindível informar sobre os seus benefícios, o procedimento da técnica e possíveis complicações, dar a conhecer quais os métodos farmacológicos e não farmacológicos existentes para o alívio da dor e respeitar as preferências da mulher obtendo deste modo, um modelo de cuidados baseado na decisão partilhada.

O 2º estadio de TP inicia-se com a dilatação cervical completa e termina com a expulsão do recém-nascido. Durante o estágio, apercebi-me das alterações comportamentais e sinais apresentados pela mulher, que pudessem sugerir o início do 2º estadio de TP. Segundo, o documento IPN “a mulher quando entra na fase ativa do TP apresenta algumas alterações na expressão facial, palavras e ações (...) sendo sinais claros as respirações forçadas, sons intensos e a necessidade de puxar” (APEO & FAME 2009, p.46). Logo, ao sentir necessidade de confirmar o 2º estadio de TP tive que recorrer a cervicometria de forma a compreender a dilatação

e apagamento cervical, o plano, a situação e a variedade da apresentação.

Durante o 2º estadio de TP, o EEESMO “continua a monitorizar o bem-estar materno-fetal, os acontecimentos do 2º estadio e proporciona medidas de conforto” (Lowdermilk & Perry 2008, p.455). Uma das ações que desenvolvi neste período foi assistir a parturiente a escolher a posição que se sente mais confortável. Contudo, será dado maior destaque a esta intervenção no objetivo específico nº 5 deste trabalho.

Enquanto se dá a descida da apresentação, o reflexo de *Ferguson* instala-se fazendo com que a mulher sinta necessidade de realizar esforços expulsivos, no entanto, nas mulheres com analgesia epidural, pode haver necessidade de orientá-las (OE, 2015). Dado que a maioria dos partos assistidos foram com analgesia epidural, necessitei orientar a realização de esforços expulsivos e incentivar esforços expulsivos espontâneos. Nesta fase, a mulher pode-se sentir bastante desconfortável, e sente que o processo nunca mais acaba podendo verbalizar que se sente incapaz (OE, 2015), logo foi de extrema importância dar informação e confiança à mulher, através do elogio encorajando a sua participação, como também promover o repouso da parturiente entre as contrações.

Ao verificar-se a aproximação do período expulsivo, para garantir a segurança e assepsia do parto, procedi à lavagem e desinfeção perineal, preparação da mesa do parto, organizando o material necessário, utilizando os princípios de assepsia, e equipei-me com devido material de proteção individual após a lavagem das mãos.

No período expulsivo, procedi à proteção do períneo pela aplicação de compressas humedecidas em água morna e pela manobra de *Ritgen* modificada. Apenas nas situações em que a mulher adotou uma posição que dificultasse o acesso ao períneo, é que não foram aplicadas estas medidas, tendo-se optado pela abordagem de *handspoised*. A posição no período expulsivo determina em grande medida o possível trauma perineal (APEO & FAME 2009). A evidência científica atual indica, que a posição lateral está associada a maior taxa de períneos intactos, enquanto as posições de semi-sentada ou supinas apresentam maiores taxas de episiotomia. Por sua vez as posições verticalizadas estão associadas a maior

número de lacerações perineais de primeiro e segundo grau (Lowdermilk & Perry 2008; APEO & FAME 2009).

Ao longo do estágio procedi apenas a quatro episiotomias, duas das quais por se prever trauma perineal grave e as restantes por necessidade de abreviar o período expulsivo com feto macrossômico. Por outro lado, obtive sete períneos intactos, dezoito lacerações de grau I e dezoito lacerações de grau II. Apenas se registou uma laceração de grau III, numa mulher primípara cujo recém-nascido trazia circular cervical justa e procedência da mão esquerda. Segundo Lowdermilk e Perry (2008) existem evidências claras que indicam, que a realização rotineira de episiotomia, consiste num cuidado provavelmente prejudicial ou ineficaz, enquanto as lacerações comparativamente à episiotomia são normalmente menores, são reparadas mais facilmente e provocam menos dor e desconforto.

Após a expulsão da cabeça fetal fiz a pesquisa de circular cervical, pois o cordão umbilical enrola-se com frequência à volta do pescoço podendo haver risco de hipoxia (Lowdermilk & Perry 2008). Quando não foi possível a redução da circular passando pela cabeça do recém-nascido, realizei o clampeamento do cordão em dois pontos, cortando entre esse dois pontos e conseguindo retirar a circular antes que o nascimento continuasse. No entanto, preferi recorrer mais frequentemente à Manobra de *Sommersault* (utilizada em cerca de 89% das situações de circulares cervicais) uma vez que tem a vantagem de o cordão se manter intacto e de se poder proceder à clampagem tardia do cordão, com benefício evidente para o recém-nascido.

Entre as complicações mais frequentes, que o EEESMO tem competência para resolver são as situações de distócia de ombros. Presenciei esta situação pelo menos duas vezes, tendo sido resolvidas sempre com manobras de *McRoberts* e pressão suprapubica, talvez pelo facto de ter promovido a alternância de posições na maioria das vezes, poderá ter contribuído para a pouca recorrência de situações de distócia de ombros, uma vez que facilita a ampliação dos diâmetros pélvicos.

Sempre que a condição do recém-nascido permitisse, coloquei o recém-nascido sobre o abdómen materno, simultaneamente em que se aquecia e

estimulava, promovendo o contacto pele-a-pele (CPP) e proporcionando a amamentação na 1ª hora de vida, logo que o recém-nascido demonstre sinais de prontidão (estas atividades serão fundamentais no objetivo específico nº 4).

Na maioria dos partos assistidos, promovi a laqueação tardia do cordão com o devido consentimento dos pais (excetuando quando necessidade de colheita de sangue do cordão para tipagem do grupo sanguíneo, ou para colheita de células estaminais). Este cuidado consiste em laquear o cordão umbilical quando deixar de pulsar ou após 2 a 3 minutos do nascimento, favorecendo a transfusão placentária.

O 3º estadio de TP inicia-se após o nascimento do recém-nascido e termina com a expulsão da placenta. A conduta do EEESMO durante a dequitação pode ser expectante ou ativa (OE, 2015). Portanto, após o nascimento aguardei pelos sinais de descolamento da placenta ou seja, afluxo de sangue à vulva e confirmei a não retração do cordão quando aplicada pressão suprapúbica. Após certificar-me que se deu o descolamento da placenta, apoiei a sua expulsão exercendo tração moderada sobre o cordão, simultaneamente à pressão exercida no fundo uterino. Logo que se visualizava a saída da placenta, realizei movimentos circulares suaves para que se evitasse a fragmentação das membranas.

Imediatamente após a expulsão da placenta, estimulei a contração uterina com massagem, confirmando a presença de Globo de Segurança de Pinard. A seguir à dequitação o EEESMO deve verificar a contração do útero e estimar a quantidade de sangue perdida (OE, 2015), pois previne o risco de hemorragia, sendo este um cuidado vital. Habitualmente, administrou-se ocitocina intravenosa após o parto para promover a contração uterina, sendo que este é um fármaco uterotónico. Somente nos partos naturais em que se confirmou a presença do globo de segurança de Pinard e uma perda sanguínea reduzida, não se procedeu à administração de ocitocina, ou quando se verificou um ligeiro aumento dos lóquios administrou-se por via intramuscular. Segundo as recomendações de Livro de Bolso do EEESMO, pode ser administrado um uterotónico para melhorar o tônus uterino após a expulsão da placenta ou em qualquer altura em que seja necessário controlar a hemorragia, mas sempre preferencialmente após a dequitação para evitar a

retenção placentar (OE, 2015).

Após a expulsão da placenta examinei-a quanto à sua integridade, características, presença de anomalias, inserção do cordão umbilical e verifiquei se haviam alterações do cordão umbilical. É fundamental que se examine a integridade da placenta para garantir que nenhuma parte permanece na cavidade uterina (Lowdermik & Perry 2008).

Após a dequitação e o controlo da hemorragia, avaliei a integridade do canal de parto, e procedi à sua reparação pela perineorrafia em caso de traumatismo perineal. É aconselhável que a sutura perineal seja realizada por quem assistiu ao parto e logo após a dequitação, reduzindo a perda de sangue e o risco de exposição à infeção (OE, 2015). No decorrer do estágio desenvolvi competências na realização de sutura perineal, aperfeiçoando esta técnica e aprendendo outras novas, como a sutura intradérmica. Foi muito motivador aprender a técnica da sutura intradérmica, não só pelo resultado estético final, mas também porque a evidência refere que a sutura intradérmica nas lacerações de 1º, 2º grau e episiotomia reduz a dor a curto prazo (APEO & FAME, 2009). O momento da sutura perineal pode ser provocador de grande tensão na mulher e um processo doloroso. Assim sendo, com objetivo de reduzir a dor recorri à administração de anestésico local, ou seja procedi à infiltração de lidocaína a 2%, e fui estabelecendo um diálogo com a mulher e convivente significativo com intuito de recorrer à técnica de distração guiada.

Durante o estágio prestei cuidados a 47 mulheres que se encontravam no 4º estadio de TP, ou também designado como puerpério imediato. Os objetivos principais da minha intervenção foram, diagnosticar e prevenir precocemente complicações, e promover o conforto da tríade. Deste modo, para assegurar o primeiro objetivo mencionado procedi à avaliação de sinais vitais, pele e mucosas, mamas e mamilos, Globo de Segurança de Pinard e involução uterina, períneo e sutura perineal, lóquios, membros inferiores. As **medidas de conforto** que promovi neste período foram: providenciar a alimentação da puérpera, os cuidados de higiene e vestuário, e incentivar a eliminação urinária.

Quando verifiquei que a puérpera e recém-nascido reuniam as condições

apropriadas para garantir o seu bem-estar, providenciei a sua transferência para o serviço de internamento, assegurando a continuidade de cuidados pela elaboração de registos no processo clínico, no boletim individual de saúde da grávida e pela transmissão verbal de informações.

Dada à complexidade dos fenómenos ligados ao trabalho de parto, senti necessidade de realizar pesquisa bibliográfica para esclarecimento de dúvidas e aquisição de conhecimentos, assim como recorrer à enfermeira orientadora sempre que me surgiram dificuldades.

Senti ao longo do estágio, que a maioria das atividades implementadas, foram focadas na concretização deste objetivo, ou seja, dada a complexidade e imprevisibilidade de situações que ocorrem durante o trabalho de parto e parto e há minha inexperiência, senti necessidade de me concentrar mais no desenvolvimento de competências essenciais, para cuidar mulher e família durante o trabalho de parto. Portanto, durante o 1º estadio de TP implementei atividades que promovessem o conforto da mulher/casal, garantindo a sua segurança e bem-estar pela prestação de cuidados de enfermagem que refletissem uma prática baseada na evidência. Acompanhei um número significativo de parturientes durante o 2º estadio de TP e realizei no total 48 partos. De igual modo, desenvolvi competências necessárias para intervir durante o 3º estadio de TP em conformidade com o recomendado pela evidência científica atual. Em relação ao 4º estadio de TP, providenciei cuidados pelo menos a 47 famílias, facto que me proporcionou o desenvolvimento de competências necessárias, para a otimização da saúde da puérpera e recém-nascido, e para o apoio no processo de transição e adaptação para a parentalidade.

Concluindo, considero que atingi o objetivo proposto, alcançando o desenvolvimento de competências necessárias ao EEESMO para cuidar da mulher inserida na família e comunidade, durante os quatro estadios do trabalho de parto, assegurando um ambiente seguro, e promovendo o conforto e bem-estar da parturiente, recém-nascido e família.

2.4. Objetivo Especifico n.º 4

Desenvolver capacidades e competências para prestar cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido, favorecendo a sua adaptação à vida extrauterina e otimizando o seu potencial de saúde.

Os cuidados ao recém-nascido (RN) são iniciados imediatamente após o nascimento e convergem na avaliação e estabilização do estado do recém-nascido (Lowdermilk & Perry 2008).

Durante o estágio, observei e colaborei na prestação de cuidados de enfermagem especializados a 65 recém-nascidos.

Sempre que admiti uma grávida no bloco de partos, verifiquei e preparei a unidade do recém-nascido, quanto ao funcionamento da fonte de calor, sistema de oxigénio e sistema de aspiração, assim como, providenciei todo o material que poderia ser necessário no caso de se proceder à reanimação neonatal.

Durante o estágio habitualmente fiquei responsável pelos cuidados imediatos ao RN, sob supervisão da enfermeira orientadora, nos partos distócicos. Um parto distócico é sempre um fator de risco acrescido para a condição de saúde do recém-nascido, por isso, estes partos são normalmente assistidos por um pediatra, permitindo-me desenvolver competências para cooperar com outro profissional de saúde. Esta situação verificou-se sobretudo quando foi necessário proceder às manobras de reanimação neonatal. Facto que se verificou nas 3 reanimações neonatais que participei durante o estágio.

Durante o estágio, enquanto assistia ao parto, contei com a colaboração de outra enfermeira que ficava responsável pela prestação de cuidados imediatos ao RN. Nesta situação, a minha atuação enquanto futura EEESMO, foi avaliar o índice de Apgar (IA) ao 1º minuto, vigiando atentamente e validando com a enfermeira assistente o estado do recém-nascido. O índice de Apgar permite uma rápida avaliação da condição do RN e da adaptação à vida extrauterina, permitindo a identificação da necessidade de reanimação do RN. Neste caso, os cinco sinais que

indicam o estado fisiológico do RN e que constituem o IA são, a frequência cardíaca, frequência respiratória, o tônus muscular, os reflexos e a cor da pele (Lowdermilk & Perry 2008). Com a análise das notas de campo efetuadas, constatei que entre todos os recém-nascidos assistidos, apenas 5% obtiveram um IA inferior a 9 ao 1º minuto e 10 ao 5º e 10º minuto.

Esta avaliação inicial do recém-nascido e atribuição do IA pode ser realizada enquanto o RN permanece em CPP com a mãe. Imediatamente após o nascimento, o recém-nascido deve ser colocado e permanecer sobre o abdómen materno, pois a perda de calor do RN é a primeira preocupação que enfrentamos quando ele nasce, assim colocá-lo diretamente sobre o abdómen materno e cobrindo-o com um lençol quente, ao mesmo tempo que se seca é um cuidado que permite a estabilização da temperatura prevenindo complicações relacionadas com o stress respiratório e risco de hipoglicémia (Lowdermilk & Perry 2008). Outras vantagens do CPP são a promoção da vinculação e o sucesso do aleitamento materno (Lowdermilk & Perry 2008; APEO & FAME, 2009). Durante o estágio pude verificar que ocorreram três situações em que não foi possível promover o contacto pele-a-pele imediatamente após o nascimento, uma das quais por decisão materna, e as restantes por condição clínica dos recém-nascidos (prematuridade e dificuldade respiratória) que exigiram cuidados especiais e intervenção de outros profissionais. Portanto a taxa de adesão ao CPP conseguida neste estágio foi de 94%.

Foi igualmente gratificante e motivador, verificar que já é prática habitual dos profissionais desta instituição, prestar todos os cuidados imediatos ao RN sobre o abdómen materno, retirando-o apenas para pesar ao final de uma hora, respeitando assim os pressupostos do contato pele-a pele

Sempre que possível, promovi o clampeamento tardio do cordão umbilical e que este fosse cortado por um dos pais, quando deixasse de pulsar (situação que ocorreu 85% das vezes). Na revisão sistemática da Literatura presente na *Cochrane database* desenvolvida por McDonald, Middleton, Dowswell e Morris (2013) ficou evidente, que o principal benefício desta prática, entre outros, refere-se ao maior aporte de glóbulos vermelhos durante a transfusão placentária, havendo aumento

significativo das suas reservas de ferro, prevenindo a anemia. Logo, a clampagem tardia do cordão é mais fisiológica devendo por isso, ser promovida (APEO & FAME, 2009).

Não menos importante no meu desenvolvimento de competências de EEESMO, foram a implementação de outros cuidados imediatos ao RN, que garantissem a sua segurança, o seu potencial de saúde e adaptação a vida extrauterina, tais como, a administração de vitamina K como profilaxia da doença hemolítica do RN (após obtenção do consentimento informado dos pais), a identificação do RN pela colocação de pulseiras na região do punho e maleolar identificadas com o nome da mãe, a realização do exame objetivo do RN quanto à vitalidade e choro, observação geral pele e mucosas, coto umbilical e reflexo e avaliação do peso. Avaliação e vigilância da adaptação fisiológica e comportamental do RN, identificando os sinais de prontidão para o estabelecimento da amamentação na 1ª hora de vida (taxa de sucesso de 96% em recém-nascidos assistidos), e finalmente a promoção da vinculação da tríade.

Aquando avaliação inicial do RN pude identificar sinais de possíveis complicações, referenciando para outros profissionais de saúde. O mesmo é válido durante a condução de TP e parto, quando se prevê que a condição de saúde do recém-nascido pode ser afetada.

Durante o estágio participei na transferência de dois recém-nascidos para a unidade de neonatologia. Para proceder à transferência foi necessário colaborar na estabilização hemodinâmica do RN e na preparação e verificação do funcionamento da incubadora de transporte, de acordo com os protocolos existentes no serviço, assegurei ainda a continuidade de cuidados pela elaboração de registos precisos e transmissão verbal de informação pertinente.

Portanto, mediante as atividades implementada e experiência adquirida ao longo do estágio e nos Ensinos Clínicos II, IV e V, considero ter desenvolvido capacidades e competências necessárias para a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido que promovam a sua adaptação à vida extrauterina e otimizem o seu potencial de saúde.

2.5. Objetivo Especifico n.º 5

Aprofundar conhecimentos e identificar de que forma, a posição da mulher no 2º estadio de trabalho de parto, nomeadamente em posições não supinas, promove o conforto e satisfação da mulher/casal quanto à opção tomada para a posição de parto.

O tema central deste relatório relaciona-se essencialmente com a promoção de posições não supinas durante o 2º estadio de TP como intervenção do EEESMO, pretendendo-se de seguida descrever e refletir sobre as atividades implementadas durante o estágio que contribuíram para a concretização deste objetivo.

No entanto, parece-me pertinente descrever as atividades desenvolvidas, incluindo aquelas que foram iniciadas ainda antes do estágio com o relatório, como a pesquisa bibliográfica e o enquadramento teórico. Aspetos que tive oportunidade de elaborar na Unidade Curricular de Opção do Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CMESMO).

Num primeiro momento, irei descrever a minha estratégia de pesquisa, bem como os resultados obtidos através da pesquisa simples e pela metodologia da revisão sistemática da literatura utilizando a plataforma *EBSCOhost Web*. Seguidamente à leitura e análise dos resultados obtidos pela pesquisa efetuada, irei contextualizar o fenómeno de interesse através de um breve enquadramento teórico. Finalmente, à semelhança dos outros capítulos, irei discutir e refletir criticamente as atividades desenvolvidas durante o estágio com relatório, bem como os respetivos resultados e aprendizagem efetuada relacionada com o fenómeno de interesse.

2.5.1. Estratégia de Pesquisa e Metodologia de Revisão Sistemática da Literatura

A pesquisa decorreu entre Abril de 2015 a Junho de 2016. Antes de ter realizado a pesquisa nas bases de dados Medline e CINAHL, pela plataforma *EBSCOhost Web*, procedi a uma pesquisa livre para identificar quais os autores ou identidades de referência, a partir do motor de busca Google, bases de dados de livre acesso (*PubMed*, *Scielo*), e outras bases de dados (*B-on* e *CochraneLibrary*).

Posteriormente, utilizou-se a metodologia de Revisão Sistemática da Literatura (RSL), que pretende sumarizar a melhor evidência disponível através de um método rigoroso e transparente (Aromataris & Pearson, 2014), sendo extremamente útil para a enfermagem, pois possibilita aos enfermeiros tomarem decisões baseadas na melhor evidência disponível.

O primeiro passo da metodologia de RSL é a formulação de uma pergunta sobre fenómeno de interesse, construída a partir da mnemónica PICO (população, intervenção, comparação e outcome/resultado).

Assim sendo, a pergunta de partida é: “A promoção de posições não supinas, pelo EEESMO, durante o 2º estadio de TP promove o conforto da parturiente?”.

O quadro seguinte representa a construção da pergunta de partida, de acordo com a mnemónica PICO:

P	PARTURIENTE NO SEGUNDO ESTADIO DE TRABALHO DE PARTO
I	PROMOÇÃO DE POSIÇÕES NÃO SUPINAS PELO EEESMO
C	-----
O	CONFORTO DA PARTURIENTE

Quadro 1. Construção da Questão de Partida

Para nortear a pesquisa, foram definidos os seguintes critérios de inclusão e de exclusão, representados no quadro abaixo:

	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
PARTICIPANTES	PARTURIENTES NO 2º ESTADIO DE TP	
DESENHO DO ESTUDO	ESTUDOS DE ABORDAGEM QUANTITATIVA E QUALITATIVA QUE SE ENCONTREM EM PORTUGUÊS, INGLÊS OU ESPANHOL.	
DATA DE PUBLICAÇÃO	ESTUDOS PUBLICADOS ENTRE JANEIRO DE 2005 E JUNHO DE 2016.	
ACESSIBILIDADE	ACESSO AOS ARTIGOS ATRAVÉS DE BASES DE DADOS DISPONÍVEIS NA ESEL (MEDLINE E CINAHL).	ARTIGOS REPETIDOS NAS BASES DE DADOS E, ARTIGOS CUJA CONSULTA SEJA PAGA.

Quadro 2. Critérios de Inclusão e de Exclusão

Os quadros seguintes representam a estratégia de pesquisa utilizada, nas bases de dados CINAHL e Medline, incluindo os respetivos descritores

DESCRITORES	RESULTADOS		
MM "WOMEN" OR "PREGNANT WOMEN" OR "FEMALE" OR "LABOR STAGE, SECOND" OR "LABOR, OBSTETRIC" OR "PARTURITION"	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 32,844 RESULTADOS	S7 AND S15 AND S21 41 RESULTADOS	COM LIMITADOR DE PESQUISA: ARTIGOS DESDE 2005 ATÉ 2016 17 RESULTADOS
"BIRTH POSITION" OR "VERTICAL LABOR" OR "SQUATTING" OR "KNEELING" OR "HANDS-KNEES" OR "UPRIGHT" OR "LATERAL"	S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 242,156 RESULTADOS		
"COMFORT" OR "OUTCOME" OR MM ("LABOR PAIN" OR MM "PAIN+" OR MM "MATERNAL WELFARE")	S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 1,436,460 RESULTADOS		

Quadro 3. Pesquisa Medlin

DESCRIPTOR	RESULTADOS		
MM ("WOMEN" OR "EXPECTANT MOTHERS" OR "FEMALE" OR "LABOR STAGE, SECOND" OR "LABOR" OR "OBSTETRICS")	S27 OR S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32 17,975 RESULTADOS	S33 AND S46 AND S47 13 RESULTADOS	COM LIMITADOR DE PESQUISA: ARTIGOS DESDE 2005 ATÉ 2016 7 RESULTADOS
MM ("BIRTHING POSITIONS" OR "SQUATTING" OR "KNEELING" OR "LATERAL POSITION") OR "HANDS-KNEES" OR "UPRIGHT"	S34 OR S35 OR S36 OR S37 OR S38 OR S39 1,941 RESULTADOS		
MM ("COMFORT" OR "LABOR PAIN" OR "PAIN+" OR "MATERNAL WELFARE") OR "OUTCOME"	S41 OR S42 OR S43 OR S44 OR S45 244,801 RESULTADOS		

Quadro 4. Pesquisa CINAHL

No total obtiveram-se 24 estudos. Após a análise dos seus títulos e resumos, excluíram-se os repetidos, restando 22 estudos. Após a leitura, análise e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 5 artigos, como se pode confirmar no fluxograma seguinte:

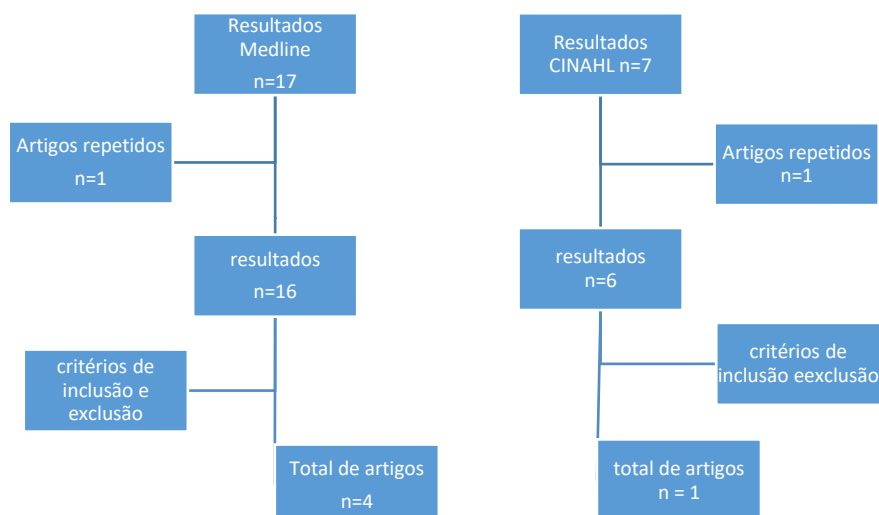


Figura 1. Fluxograma da seleção de artigos na base de dados Medline e CINAHL

No apêndice II, ficam disponíveis as tabelas, que sumarizam os principais resultados e conclusões evidência encontrada. No capítulo seguinte, pretende-se contextualizar o fenómeno de interesse a partir dos resultados obtidos, quer pela pesquisa simples ou através da metodologia de RSL.

2.5.2. Enquadramento Teórico

Na antiguidade, as mulheres pariam segundo os seus instintos, auxiliadas por outras mulheres. Segundo Barbaut (1991), a mulher egípcia acorava-se, colocando os calcanhares sobre tijolos afastados uns dos outros, enquanto o parto em posição de quatro apoios era vulgarmente utilizados pelos Hebreus. A partir do século XVIII, as posições de litotomia e semi-sentada, foram implementadas por médicos europeus, e ainda hoje são estas as posições mais vulgarmente utilizadas nas salas de parto.

Em 1996, a OMS no documento *“Care in Normal Birth: a practical guide”* reforça a importância das mulheres poderem adotar qualquer posição que se sintam mais confortáveis durante o trabalho de parto, de preferência evitando longos períodos em decúbito dorsal, sendo que a posição verticalizada traz benefícios em relação à posição de litotomia.

No documento "Iniciativa Parto Normal" criado pela FAME e APEO, são descritos os benefícios das várias posições adotadas durante o 2º estadio de TP, sendo nele referidas as vantagens e desvantagens para cada uma das seguintes posições: cócoras, de pé, quatro apoios, sentada na cadeira de parto e decúbito lateral.

A OE, em conjunto com APEO e a DGS (2012), emitiu um documento de consenso sobre os conceitos, os princípios e as práticas promotoras do parto normal, sendo então, uma prática recomendada, o apoio à liberdade de movimentos da mulher e facilitar instrumentos que possibilitem a posição vertical.

No Projeto de Maternidade com Qualidade da Ordem dos Enfermeiros, desenvolvido nomeadamente pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), com objetivo de garantir a segurança e a qualidade dos cuidados, definiram-se cinco indicadores de

evidência, entre os quais o estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto (MCEESMO, 2013). O objetivo estratégico para este indicador é aumentar a livre escolha da posição do parto pelas parturientes.

Nas recomendações mais recentes da NICE (2014), o EEESMO deve desencorajar a mulher estar deitada em decúbito dorsal ou em posição supina no 2º estadio do TP e incentivá-la a adotar qualquer outra posição que ela considere mais confortável.

Como principais benefícios das posições não supinas durante o 2º estadio de TP, verificamos na literatura consultada, a redução da duração do 2º estadio de TP, a diminuição da necessidade de intervenções medicalizadas e de partos distócicos, redução de anomalias ou alterações da frequência cardíaca fetal, diminuição da sensação dolorosa (Priddis, Dahlen & Schmied 2011; Nieuwenhuijze, Jonge, Korstjens & Lagro-Jansse 2012), e por fim, o aumento da satisfação da mulher/casal quanto à sua experiência do parto (Priddis et al 2011; Nieuwenhuijze et al, 2012). Em contrapartida, Priddis et al (2011) refere como desvantagens o aumento da perda sanguínea durante o 3º estadio de TP e o aumento da incidência de trauma perineal nomeadamente na posição de cócoras e sentada. Todavia, a evidência não é unânime nestes aspetos.

Sabe-se ainda, que as posições não supinas durante o 2º estadio de TP trazem benefícios psicológicos para a mulher, incluindo a redução da perceção da dor, reforça o sentimento de controlo sob si própria, permitindo assim maior autonomia e participação da mulher no seu parto, promovendo uma experiência mais positiva, simultaneamente maior sensação de bem-estar (Jonge, Teunissen & Lagro-Janssen, 2004). Por outro lado, o estado de controlo da mulher, também influencia o ambiente envolvente, a relação entre a parturiente e os profissionais, assim como, permite a tomada de decisão informada da mulher/casal (Nieuwenhuijze et al, 2012).

Logo, entre os fatores que influenciam a escolha da posição durante o 2º estadio de TP destacam-se: as preferências da mulher/casal (experiência dos partos anteriores, conhecimento prévio da mulher/casal), o ambiente, pois como refere

Parés & Blandine (2009) a “mulher é capaz de experimentar espontaneamente diferentes posições (...) precisando somente um ambiente seguro, afetuoso e tranquilo”, o próprio decurso do TP, por exemplo, existe maior recetividade em experimentar diferentes posições, quando o 2º estadio de TP é prolongado (Nieuwenhuijze et al, 2012). Todavia, o fator que mais influência a escolha da posição do parto é o parecer dado pelo EEESMO (Jonge et al 2004; Nieuwenhuijze et al 2012; Nieuwenhuijze et al 2014).

Neste sentido, Nieuwenhuijze et al. (2013) refere, que o EEESMO desempenha um papel importante no apoio às mulheres na adoção de diferentes posições durante o trabalho de parto, sendo essencial promover uma escolha informada (Jonge, Teunissen, Van Diem, Scheepers & Lagro-Jansen 2008; Green, 2015). Ainda, Nieuwenhuijze et al (2012) conclui, que as mulheres sentem menos hesitação na escolha da posição do parto, quando obtém o apoio do EEESMO, ou seja, preferem um modelo de cuidados de decisão partilhada. A decisão partilhada consiste num diálogo dinâmico, entre os saberes do EEESMO e as preferências e opinião da cliente, promovendo a sua tomada de decisão. Deste modo, a decisão partilhada reflete um modelo de cuidados centrado na mulher, no sentido em que reforça, a necessidade de apoiar as mulheres nas suas escolhas, discutir as suas preferências e respeitar as suas decisões (Nieuwenhuijze et al 2014).

Portanto, promover a liberdade de escolha da posição durante o 2º estadio de TP, permite à mulher sentir-se empoderada, envolvida nos cuidados e consequentemente viver uma experiência mais positiva no parto.

Em suma, o EEESMO desempenha um papel importante no apoio às mulheres na adoção de diferentes posições durante o trabalho de parto, ajudando-as na descoberta das posições em que se sintam mais confortáveis, e dessa forma, contribui para uma experiência positiva no parto (Nieuwenhuijze et al 2012).

Finalmente, como Nieuwenhuijze et al (2014) conclui no seu estudo, o modelo de decisão partilhada entre a mulher e os profissionais de saúde tem um impacto positivo na perceção e na experiência do parto, podendo traduzir-se em ganhos em saúde para mulher e família, isto é, a promoção de posições não supinas, como

intervenção do EEESMO proporciona **conforto** na mulher, casal e família tanto a nível do **alívio**, da **tranquilidade** e da **transcendência**.

2.5.3. Análise e Reflexão das Atividades Desenvolvidas na Prestação de Cuidados

Neste ponto pretende-se, não só descrever as atividades que desenvolvi ao longo do Estágio e durante o meu percurso de aprendizagem desde que ingressei no 6º CMESMO, como também, analisar e refletir criticamente de que modo contribuíram para o meu desenvolvimento de competências a nível de EEESMO.

Para a análise reflexiva utilizei como modelo de suporte estrutural o Ciclo Reflexivo de *Gibbs*, pois para aprendizagem ser frutífera, esta deve ser alvo de reflexão, no sentido de avaliar e reavaliar as intervenções realizadas, tentando compreender o seu impacto no outro e em mim (Neves, 2015).

Segundo Lowdermilk e Perry (2008), não existe uma posição única para o nascimento, sendo o trabalho de parto um processo dinâmico e interativo. À semelhança, o processo de formação do EEESMO também é dinâmico e interativo, não se podendo restringir apenas à aprendizagem efetuada durante o Estágio com Relatório. Por isso, são descritas de seguida, algumas das atividades que desenvolvi ao longo deste Curso de Mestrado com desígnio de responder ao objetivo delineado.

Após a escolha do tema do trabalho - a promoção de posições não supinas durante o 2º estadio de TP – identifiquei o estado da arte, que se encontra desenvolvido nos subcapítulos anteriores. Este foi o passo inicial, que possibilitou alcançar algum conhecimento para planejar, implementar e refletir as atividades presentes neste Relatório de Estágio.

Como estratégia para aprofundar mais conhecimentos, realizei entrevistas informais aos EEESMO que me acompanharam nos Ensinos Clínicos, com o objetivo de conhecer qual a sua opinião sobre a utilização de posições não supinas durante o 2º estadio de TP, assim como, a sua experiência nesta prática e qual a sua perceção, quanto ao conforto obtido pela parturiente.

Durante as entrevistas realizadas, verifiquei que os EEESMO utilizam e

reconhecem as vantagens da promoção de posições não supinas durante o TP, principalmente para encurtar o 2º estadio, para resolver alterações da FCF e situações de distócia de ombros. Pelo contrário, as principais dificuldades sentidas pelos EEESMO para a promoção de posições não supinas são o ambiente, a cultura de organização do serviço, a inexperiência e insegurança do EEESMO na promoção de diferentes posições durante o 2º estadio de TP e o receio de provocar traumatismo perineal grave na mulher.

A estrutura e o ambiente da sala de partos foi considerado pelos EEESMO, como o aspeto mais dificultador para a promoção de posições não supinas, devido ao espaço reduzido, à presença de equipamentos ou a inexistência de WC individualizado, que por si só, restringem a liberdade de movimentos da mulher ao longo do TP, bem como, a implementação de outras medidas de conforto para a mulher/casal. Contudo, aprendi e observei, como os profissionais recorrem diariamente à sua criatividade, para adaptar o espaço às necessidades da mulher/casal, encorajando a liberdade de movimentos, tal como refere Green (2015) o EEESMO deve proporcionar um ambiente favorável para experimentar diferentes posições utilizando a sua criatividade e sua capacidade de improvisação.

No local onde desenvolvi o estágio promove-se um modelo de cuidados centrados na mulher, mas houveram momentos em que me senti quase coagida por outros profissionais, que recomendavam o posicionamento de litotomia da mulher. Também, nos momentos de análise e reflexão das práticas promovidas pela ESEL, ouvi a experiência de outros colegas em estágio em diferentes instituições, tendo percebido através da experiência relatada dos colegas, que nalgumas instituições ainda prevalece o modelo de cuidados biomédico. De acordo com Jonge et al (2008), é mais habitual encontrar profissionais que estão conformados em relação ao uso da posição supina como uma “norma de conduta” no modelo de cuidados biomédico. O que vai de encontro com a minha experiência obtida durante o estágio.

Alguns EEESMO verbalizaram no decurso da entrevista, que determinadas posições verticalizadas durante o 2º estadio de TP podem aumentar o risco de traumatismo perineal. Este parecer dos profissionais é fundamentado por algumas

posições verticalizadas, condicionarem o acesso ao períneo, o que impede a implementação das medidas de proteção do períneo, como a Manobra de *Ritgen*. De facto, na revisão de *Cochrane* que compara as posições verticalizadas com posições supinas no trabalho de parto, demonstrou-se que há um ligeiro aumento das lacerações de 2º grau nas mulheres em posição verticalizada, comparativamente à posição supina, contudo não se verificaram traumatismos graves (lacerações de 3º e 4º grau) nas posições verticalizadas (Priddis et al 2011). Ainda, a evidência refere que existe maior taxa de episiotomia na posição de litotomia e de semi-sentada comparativamente a outras posições alternativas (Jonge et al, 2004). Facto que pude confirmar durante o desenvolvimento do estágio, ou seja, as quatro episiotomias que realizei foi sempre na posição semi-sentada, e ainda observei uma laceração de 3º grau numa mulher que se encontrava na mesma posição.

A literatura evidencia, que a postura adotada pelos profissionais, durante a condução do TP em posições verticalizadas, torna-se numa limitação na prática de promoção de posições não supinas, por provocarem diversos desconfortos físicos aos profissionais. No entanto, e para minha surpresa, isto não foi considerado como obstáculo na prática diária dos EEESMO entrevistados. Facto que está em consonância com o observado por Jonge et al (2008), ao identificar que a maioria dos EEESMO está disposta a abdicar do seu conforto, para apoiar a parturiente a escolher a posição que se sente mais confortável. Contudo, o mesmo autor defende que é fundamental providenciar equipamento “*midwife-friendly*” que melhore as condições de trabalho dos EEESMO.

Após a reflexão, sobre as entrevistas realizadas aos EEESMO, quanto à sua experiência na promoção de posições não supinas durante o TP, posso concluir que está condicionada por fatores ambientais, quer da própria estrutura física como da cultura de organização do serviço. Não menos importante, o sentimento de segurança dos EEESMO na promoção de posições não supinas durante o 2º estadio de TP está diretamente relacionada com a experiência dos profissionais durante a sua formação e carreira profissional, o seu conhecimento e habilidade, que se traduz

num sentimento de maior segurança para apoiar a mulher na escolha de diferentes posições (Jonge et al, 2008). De modo a ultrapassar este sentimento de insegurança dos profissionais na promoção de posição não supinas durante o 2º estadio de TP, a evidência recomenda que durante a formação do EEESMO, a maioria dos partos assistidos sejam em posições não supinas, para que o futuro profissional adquira experiência e segurança nos seus cuidados (Jonge et al 2008; Priddis et al 2011; Green, 2015).

Outras atividades, com impacto no meu percurso formativo, foram as consultas pré-natais e a participação numa sessão de preparação para o parto, realizadas no âmbito do Ensino Clínico III em Unidade de Cuidados de Saúde primários. E ainda, as entrevistas informais com as grávidas ao longo do Ensino Clínico IV em contexto de internamento de grávidas com patologia materno-fetal.

Tanto nas consultas pré-natais, como nas entrevistas informais com as grávidas durante o internamento no serviço de patologia materno-fetal, constatei que a maioria das mulheres não tem conhecimento suficiente, que lhes permita fazer uma escolha informada sobre a adoção de posições não supinas durante o 2º estadio de TP. Neste sentido, criei uma janela de oportunidade para ensinar e instruir as grávidas sobre a importância de experimentar diferentes posições no TP, empoderando a grávida/casal para negociar com o seu prestador de cuidados a posição mais confortável para si. Afinal, o EEESMO deve explorar proactivamente as preferências da mulher em relação às posições para o parto durante a gravidez e trabalho de parto, apoiando-a nas suas decisões informadas assim como facilitar as suas escolhas sempre que possível (Nieuwenhuijze et al, 2012).

No decorrer do Ensino Clínico III, assisti a uma sessão de preparação para o parto sobre o tema da liberdade de movimentos. Apesar das expectativas elevadas, senti-me um pouco dececionada no final da sessão. Pois, foi dado maior ênfase à importância da liberdade de movimentos durante o 1º estadio de TP, através da demonstração prática de exercícios de relaxamento, o uso da bola de Pilates, a deambulação, etc. Mas, relativamente ao 2º estadio, foram apresentadas apenas, pela exposição de um cartaz, posições alternativas para o período expulsivo. Na

minha opinião, deveria ter sido dado maior destaque, para importância de experimentar diferentes posições no 2º estadio e não somente uma posição, pois como é referido por Nieuwenhuijze et al (2012), a mulher deve ser preparada para estar atenta à dinâmica do trabalho de parto, e simultaneamente estar recetiva para alternar posições durante o parto, sendo mais importante do que apenas usar uma única posição. Também na opinião de Nieuwenhuijze et al (2012) a grávida deve ser preparada para a imprevisibilidade inerente ao trabalho de parto, pois a mulher pode pensar e sentir de forma diferente do que tinha planeado. Também as circunstâncias no decorrer do TP podem influenciar a escolha por outra posição mais favorável.

Em conclusão, as atividades descritas anteriormente (o estado da arte, o saber dos peritos, e o contributo da educação pré-natal nas grávidas) foram essenciais para aprofundar mais algum conhecimento sobre a promoção de posições não supinas durante o 2º estadio de TP, tendo facilitado o planeamento de ações para o desenvolvimento da UC Estágio com Relatório.

Quando iniciei o estágio com relatório, compreendi que iria sentir dificuldade, em promover posições não supinas durante o 2º estadio de TP, por algumas parturientes mostrarem resistência em mudar de posição, em parte, devido à própria cultura, e à mediatização do parto em posição supina. Em consonância com Green (2015), a maioria das mulheres entendem as posições supinas como uma norma, ou ainda como Jonge et al (2008) refere, as características pessoais da mulher (nível de educação, experiências anteriores, e cultura) influenciam a sua preferência por uma posição específica.

Portanto, durante este estágio – e em consonância com a evidência científica – foi essencial o estabelecimento de uma relação de confiança e de suporte com a mulher e convivente significativo, pois quando o EEESMO demonstra empatia e preocupa-se com o **conforto holístico** da parturiente, acaba eventualmente por reconhecer mais facilmente os seus desejos e sentimentos (Nieuwenhuijze et al 2014).

Igualmente, promovi a escolha informada da mulher/casal quanto a diferentes posições não supinas durante o 2º estadio de TP, o que permitiu que fosse a própria

mulher a encontrar a posição que se sentia mais confortável. Deste modo, tentei conhecer as preferências e expectativas da mulher em relação às posições existentes, assim como, nas situações em que verifiquei que a mulher não tinha conhecimento suficiente para a tomada de decisão, informei a mulher/casal sobre as posições não supinas, para que a parturiente considerasse qual a posição que lhe poderia proporcionar maior conforto.

Segundo Green (2015), o EEESMO influencia a escolha da posição do parto providenciando um modelo de cuidados baseado na escolha informada, que consiste em dar informação à mulher sobre os benefícios de cada posição, empoderando a mulher para tomar decisões. A parturiente ao sentir-se envolvida nos cuidados, sente que tem controlo sob o TP, que de acordo com a evidência, incita maior satisfação em relação ao parto. Assim, quando promovi a escolha informada de posições não supinas durante o 2º estadio, contribui para a maior satisfação da mulher/casal na sua experiência do parto.

Para a avaliação, solicitei à mulher durante o 4º estadio de TP que validasse o seu grau de conforto e satisfação, obtido pela posição escolhida no 2º estadio de TP. Neste âmbito, e após a análise das notas de campo efetuadas durante o estágio (no total 48 participantes), verifiquei que as clientes responderam, que se sentiam muito satisfeitas com a posição escolhida, à exceção de duas pessoas que responderam como indiferente.

Ressalvo, que as duas pessoas, que consideraram a posição do parto como indiferente no conforto obtido durante o parto, foram admitidas quando o nascimento estava eminente. Confirmando mais uma vez, que a relação estabelecida com a mulher/família é determinante para a promoção de posições não supinas. Por outras palavras, quando a parturiente é admitida na sala de partos durante o 2º estadio existe menos oportunidade para estabelecer uma relação de suporte. Mais ainda, que o processo de decisão partilhada torna-se mais complexo durante o 2º estadio de TP devido à dor sentida pela mulher que necessita de estar concentrada em arranjar estratégias para lidar com a dor, e a própria urgência da situação que dificulta conhecer os seus desejos e preferências (Nieuwenhuijze et al 2014).

Para conseguir promover a adoção de posições não supinas durante o 2º estadio de TP, senti necessidade de desenvolver competências a nível da comunicação, para responder às necessidades de cada situação e às características da mulher/casal. Por exemplo, ao diagnosticar algum desvio da normalidade, tive de adotar estilo de comunicação mais diretivo, limitando as opções da mulher/casal ou aconselhar uma posição específica, estando em consonância com Jonge et al (2008) quando refere que o EEESMO pode ter de controlar o trabalho de parto, se a mulher for incapaz de tomar decisões. Por outras palavras, Nieuwenhuijze et al (2014) salienta que o EEESMO deve fazer sugestões de como tirar melhor proveito de cada posição escolhida pela mulher – adotando um estilo de comunicação de suporte - mas se a mulher não se sentir segura, ou incapaz de escolher a posição mais confortável, então, o EEESMO deverá adotar um estilo de comunicação mais diretivo.

Concluindo, considero que a experiência obtida no estágio foi muito enriquecedora, pois no total realizei 48 partos, dos quais 56% com a mulher na posição de semi-sentada, 17% na posição de decúbito lateral e de sentada, e ainda outras posições como cócoras (8%) e Gaskin modificado (2%), adquirindo experiência e competência para assistir a mulher em diferentes posições não-supinas durante o 2º estadio. Ressalvo, que ao longo do 2º estadio a maioria das mulheres experimentou mais do que uma posição, pois a promoção de posições não supinas durante o 2º estadio, não se aplica somente ao período expulsivo. Inclusive, grande parte das parturientes experimentou todas as posições que lhes eram possíveis, e que a minha criatividade o permitisse, para adaptar as condições físicas à sua execução (pela limitação dos recursos materiais e físicos, houve necessidade de realizar adaptações que possibilitassem apoiar a mulher nas suas escolhas, por exemplo transformar a cama de parto num banco de parto, ou assistir a mulher na posição de decúbito lateral recorrendo ao apoio do convivente significativo, etc.).

Durante o estágio com relatório, foi-me proposto realizar uma ação de formação para a equipa de enfermagem do serviço de Bloco de Partos, cujo objetivo seria partilhar o tema do meu relatório de estágio, com a equipa de enfermagem.

Para qualquer ação de formação é necessário realizar o plano de formação, que se encontra disponível para consulta no apêndice III. Durante a fase de planeamento reconcentrei a pesquisa efetuada sobre o fenómeno de interesse, pois senti necessidade de aprofundar mais conhecimento disponível na literatura. Após a fase de planeamento, pude proceder ao desenvolvimento da ação.

O número de participantes foram dezoito formandos, dos quais 13 EEESMO e 5 enfermeiros de cuidados gerais. De maneira geral, a sessão decorreu sem constrangimentos, e o feedback dos participantes foi positivo, sendo que o momento mais apreciado pelos formandos foi a demonstração de fotografias de mulheres em diferentes posições não supinas durante o 2º estágio, no serviço de Bloco de Partos da própria instituição (fotografias que foram gentilmente cedidas pelo EEESMO que me orientou durante o estágio). A avaliação da formação foi realizada a partir de um documento específico do Serviço de Gestão da Formação da própria instituição. Os critérios de avaliação contidos nesse documento são: o domínio de conteúdos, a clareza da linguagem utilizada, a capacidade de esclarecimento de dúvidas, capacidade de motivação dos formandos, relacionamento com os formandos, utilização do método pedagógico adequado, o cumprimento de horários e a documentação de apoio. Cada um dos critérios é pontuado de 1 a 4, sendo que 1 corresponde “insuficiente” e o 4 “muito bom”. Após a consulta do documento de avaliação, verifiquei que a apreciação dos formandos situou-se ao nível do “Muito Bom”, inclusive alguns formandos consideraram a formação como pertinente e com impacto positivo na melhoria da prática de cuidados.

Ter participado como formadora, no plano de formação do serviço de Bloco de Partos foi uma experiência muito positiva, pois são momentos como estes, que promovem uma prática baseada na reflexão, o que também contribuiu para o meu desenvolvimento profissional. Poder partilhar o meu conhecimento com os peritos foi importante para autoavaliar-me, quanto ao meu grau conhecimento e quanto à aprendizagem efetuada durante o estágio. Sinto que dei um contributo importante para a equipa, porque apesar da promoção de posições não supinas no 2º estágio de TP ser uma prática frequente na prestação de cuidados nesta instituição, ainda

existem alguns profissionais com relutâncias na sua implementação. Assim, penso ter proporcionado um momento de reflexão das práticas baseadas na evidência, e uma mais-valia para impulsionar os EEESMO a promoverem e apoiarem cada vez mais, a escolha de posições não supinas pela mulher durante o 2º estadio de TP.

Com o desfecho do estágio, foi muito compensador, poder concluir que a promoção de posições não supinas durante o 2º estadio de TP, proporciona uma experiência de conforto para a mulher, recém-nascido e família.

Todavia, só foi possível concretizar com sucesso as atividades descritas anteriormente, com o apoio da EEESMO que me orientou durante o estágio, uma vez que, teve um papel essencial em apoiar-me a encorajar a mulher na escolha da posição mais confortável, transmitindo-me confiança e segurança no cuidado à mulher, assim como, proporcionou momentos de reflexão sobre a minha prestação de cuidados, os meus sentimentos que favoreceram o meu crescimento profissional. Ainda, ajudou-me com a sua experiência, a pensar em estratégias que pudessem ser implementadas em contexto de estágio, que favorecessem a promoção de diferentes posições não supinas, como exemplo, como assistir a parturiente na posição de sentada, promovendo o seu conforto, sem banco do parto disponível na instituição.

Em suma, considero que todas as atividades descritas contribuíram para aprofundar conhecimentos e refletir sobre, de que forma a posição da mulher no 2º estadio de TP promove o conforto e satisfação da mulher/casal. Tendo sido muito motivador prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher e família, de acordo com as recomendações da evidência científica atual, e poder observar diretamente os resultados positivos obtidos pela promoção de posições não supinas durante o 2º estadio de TP.

Apesar de a evidência ser consensual sobre os benefícios das posições não supinas durante o 2º estadio de TP, verifiquei em contexto real e atual das salas de parto, que ainda não se promove a escolha de posições não supinas da mulher durante o 2º estadio de TP com a regularidade desejada. Por tudo isto, é fundamental existir, um modelo de cuidados centrados na mulher em que se

promova a decisão partilhada, maior sensibilização dos profissionais para a importância da promoção de posições não supinas durante o TP, e por fim, oferecer mais informação às grávidas, famílias e comunidade sobre as vantagens das diferentes posições para o parto.

Em suma, a evidência recomenda que os estudantes, tal como eu, ganhem experiência em assistir partos em diferentes posições, para que num futuro sejam profissionais qualificados e aptos para treinarem outros estudantes nestas competências, quebrando de vez com o uso rotineiro de intervenções desnecessárias para a mulher, recém-nascido e família (Jonge et al 2008).

Enquanto estudante, considero ter adquirido competências a nível do EEESMO, nomeadamente no cuidar, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos, nomeadamente através da promoção posições não supinas durante o 2º estadio de TP, que se traduzem, como a evidência demonstrou e pude comprovar ao longo do estágio, em ganhos em saúde para mulher e família.

2.6. Objetivo Especifico n.º 6

Desenvolver a capacidade reflexiva e de análise crítica, baseada na evidência científica.

Ao longo do estágio foram realizadas diversas atividades com intuito de responder a este objetivo, ora veja-se.

Desde que frequentei a unidade curricular de opção pude iniciar a pesquisa bibliografica sobre o fenómeno de interesse – A promoção de posições não supinas no 2º estadio de TP. Neste âmbito foi elaborada revisão de evidência científica e atual através da metodologia de RSL sobre o fenómeno de interesse.

Nos vários ensinios clínicos previsto na formação do EEESMO, aproveitei para realizar entrevistas informais aos EEESMO sobre a sua experiência na promoção de posições não supinas da mulher durante o trabalho de parto.

Todavia, senti que desenvolvi a minha capacidade de pensamento crítico mais incisivamente durante a unidade curricular de estágio com relatório. Pois foi neste âmbito que refleti criticamente as experiências vividas em contexto de Bloco de Partos e no SUOG, com a enfermeira orientadora, e com a docente orientadora, contribuído para o meu crescimento profissional.

De igual modo, a elaboração dos jornais de aprendizagem e a construção das notas de campo, foram úteis para aquisição de conhecimentos e análise e reflexão sobre o desenvolvimento de competências.

Os momentos de análise das práticas relativas ao Estágio com Relatório promovidas pela ESEL foram uma mais-valia para conhecer as vivências de colegas noutros contextos de bloco de partos, permitindo a reflexão mais generalizada sobre o estado atual e as políticas de saúde em vigor no âmbito da saúde da mulher.

Finalmente, a redação deste relatório serviu como reflexão final do meu percurso efetuado desde que ingressei no 6º CMEESMO e permitiu-me adquirir um conhecimento mais profundo sobre o tema das posições durante o TP, particularmente, no modo que a promoção de posições não supinas no 2º estadio de

TP, enquanto intervenção do EEESMO, contribui para o conforto da parturiente.

Por último, espero concluir este objetivo através da apresentação e discussão pública do Relatório de Estágio, para obtenção ao grau de Mestre de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório, foi desenvolvido para refletir o percurso de aprendizagem realizado durante a UC de Estágio com Relatório, e consequentemente o desenvolvimento das competências enquanto futura EEESMO, baseado no modelo conceptual da Teoria do Conforto de Kolcaba.

A gravidez e o parto são processos naturais que, na maioria dos casos necessitam da vigilância e apoio dos EEESMO (OE & APEO 2012). O ICM (2010) e OE (2010) reconhecem o EEESMO como profissional competente, responsável e autónomo no desenvolvimento do seu exercício profissional, sustentando o seu trabalho numa relação de parceria com a mulher inserida na família e comunidade, providenciando cuidados de enfermagem especializados, apoio e aconselhamento necessários durante a gravidez, trabalho de parto, parto e pós-parto, e ainda no âmbito da saúde ginecológica.

Ao longo da UC Estágio com Relatório, assim como durante a execução deste relatório, foi minha preocupação e até uma necessidade sentida, pesquisar e consolidar conhecimentos que possibilitassem uma prática baseada na evidência, porque, o conhecimento adquirido pela investigação em enfermagem, é utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde (OE, 2006).

Neste sentido, desenvolvi capacidades e competências na prestação de cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal que recorre ao SUOG, nomeadamente no diagnóstico de situações e prevenção de complicações, assegurando corretas prioridades de atendimento em contexto de triagem. Planeei, implementei e avaliei **medidas de conforto** à grávida, assegurando o bem-estar materno-fetal pelos meios técnicos e clínicos apropriados. Proporcionei **comportamentos de procura de saúde** da grávida através da educação para a saúde e pela promoção da decisão informada da mulher e casal. Finalmente, garanti a continuidade de cuidados pela elaboração de registos de enfermagem, transmissão verbal de informação clínica relevante e pela

informação dos recursos disponíveis na comunidade.

No âmbito da prestação de cuidados especializados à mulher a vivenciar processos de saúde/doença que recorre ao Serviço de Urgência de Ginecologia, desenvolvi capacidades e competências no sentido de potenciar a sua saúde, mais especificamente, na promoção da saúde através da educação e aconselhamento que possibilitassem a decisão informada da mulher e a adesão a **comportamentos de procura de saúde**. E ainda, no diagnóstico e prevenção de complicações, assim como providenciei cuidados de enfermagem especializados que promovessem o **conforto holístico** da mulher.

No domínio das competências para cuidar da parturiente e convivente significativo durante os quatro estadios de TP, assegurei um ambiente seguro, que promovesse o **conforto** e bem-estar da parturiente, recém-nascido e família. Também foi no contexto da prestação de cuidados em Bloco de partos, que senti maior evolução na minha aprendizagem e desenvolvimento de competências, devido à especificidade e complexidade própria, inerente aos cuidados prestados.

Portanto, na ótica da promoção do parto normal, aprendi adotar uma conduta expectante na condução do TP, evitando realizar intervenções desnecessárias. Ouvi e respeitei as escolhas, os desejos e preferências da parturiente e convivente significativo. Estabeleci uma relação de suporte assente nos princípios do modelo de Decisão Partilhada, encorajando positivamente e apoiando a parturiente nas suas escolhas. Intervim no ambiente da sala de partos, para que se tornasse mais confortável e adequado às necessidades da parturiente. Proporcionei cuidados de enfermagem especializados baseados na evidência científica e finalmente, promovi medidas de conforto (hidratação, métodos não farmacológicos para o alívio da dor, liberdade de movimentos) ao longo dos quatro estadios de TP.

De igual modo, desenvolvi ao longo do estágio competências para o diagnóstico e prevenção de complicações durante os quatro estadios de TP, assim como colaborei na prestação de cuidados emergentes e referenciei situações que estão para além da área de atuação do EEESMO.

Para o desenvolvimento de capacidades e competências na prestação de

cuidados de enfermagem especializados ao RN, providenciei cuidados assentes na evidência científica para favorecer a adaptação à vida extrauterina, como a clampagem tardia do cordão, a promoção do contacto pele-a-pele e a amamentação na 1ª hora de vida. Neste objetivo, além de me capacitar para atuar em situação de reanimação neonatal, desenvolvi competências de trabalho em equipa com outros profissionais, na medida em que a “assistência ao parto e nascimento em condições seguras, exigem recursos materiais e humanos, que desenvolvam trabalho em equipa interdisciplinar com profissionais treinados e integrados para atender as situações rotineiras e emergentes” (Madeira & Matias 2010).

Neste documento, expus a temática sobre a **promoção de posições não supinas durante o 2º estadio de TP** e o seu impacto no **conforto** da parturiente. Para a concretização deste objetivo, foi necessário fundamentar-me a partir da evidência científica, bem como, promover momentos de discussão e de reflexão com os peritos sobre a temática, nomeadamente pela realização de entrevistas informais aos EEESMO e através da elaboração de uma formação/sensibilização para os EEESMO do serviço de Bloco de partos. Não menos importante, realizei um diagnóstico da situação sobre o conhecimento prévio das mulheres grávidas quanto à promoção de posições não supinas durante o 2º estadio de TP, quer através de conversas informais com as grávidas ou pela observação de uma sessão do curso de preparação para o parto sobre a temática.

Para melhor compreensão sobre o impacto da promoção da escolha de posições não supinas pela mulher, durante o 2º estadio de TP, no conforto da parturiente, foi fundamental a prestação de cuidados especializados e a observação participativa durante o estágio, assim como a elaboração de notas de campo que possibilitaram analisar e refletir criticamente sobre o fenómeno de interesse.

Finalmente, com a construção do relatório de estágio aprofundei conhecimentos sobre a promoção de posições não supinas durante o 2º estadio de TP, como também desenvolvi capacidade reflexiva. Neste sentido, também

contribuíram a elaboração dos Jornais de Aprendizagem, os momentos de análises das práticas, promovidos pela ESEL, mas sobretudo os momentos de partilha com o orientador local e com a docente da ESEL que permitiram a reflexão sobre situações concretas no meu processo de aprendizagem.

Em suma, considero que o estágio foi uma experiência muito enriquecedora, com momentos intensamente vividos e alguns constrangimentos. Mas no final, com um balanço muito positivo no desenvolvimento de competências técnico-científicas e relacionais necessárias ao EEESMO.

A nível pessoal, o estágio com relatório foi um grande desafio, que exigiu muita dedicação e empenho, porque se iniciei o estágio com sentimentos de medo e insegurança, termino agora com confiança no meu potencial para proporcionar um parto limpo e seguro, e sentindo-me capaz de providenciar cuidados de qualidade dignos do EEESMO, à mulher e família ao longo ciclo reprodutivo.

Saliento ainda, a importância que o EEESMO orientador teve no meu percurso formativo, pois influenciou o meu desenvolvimento de competência, promovendo a minha autonomia, responsabilidade, capacidade técnica, reflexão crítica, capacidade de decisão, e espírito de equipa.

Por fim, quero reforçar como foi gratificante para mim, poder participar num momento de vida das famílias, tão significativo como o parto. Acreditando, que esta experiência tornou-me numa pessoa melhor, por me fazer ver o valor inestimável da vida, e das relações afetivas entre pessoas.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apóstolo, J. (2009 Mar). O conforto nas teorias de Enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Referência. II Série* (9). 61-67. Acedido 20-07-2015 Disponível em: https://www.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=262&codigo
- Aromataris, E.; Pearson, A.; (2014). Systematic Reviews Step by Step .*American Journal of Nursing*. 114(3). 49-54.
DOI: 10.1097/01.NAJ.0000451683.664447.89
- Associação Portuguesa de Enfermeiras Obstetras; Federación de Asociaciones de Matronas de España (2009). Iniciativa Parto Normal - Documento de consenso. Loures: Lusodidacta
- Barbaut, J. (1991). O Nascimento através dos tempos e dos povos. Lisboa: Terramar.
- Direção Geral de Saúde (2015). Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata – Circular Normativa 002/2015. Lisboa: DGS. Acedido a 15/10/2016. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022015-de-06032015.aspx>
- Dowd, T (2004) Katharine Kolcaba – Teoria do Conforto. In A.M. Tomey & M.R. Alligood (Coords.). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. (p.481-492). Loures: Lusociência.

Fernandes, S. R. (2011). A Avaliação de Desempenho dos Enfermeiros como Estratégia de Negociação Identária. *Educação, Sociedade & Culturas*. 34, 117-136.

Graça, L. (2005). *Medicina Materno-Fetal*. (3ª edição) Lisboa: Lidel

Green, T. (2015). Exploring the influence that midwives have on women's position in childbirth: a review of the literature. *Evidence Based Midwifery*. 13(4). 132-137.

Gupta, J; Hofmeyr J, Smyth, R. (2004). Position in the Second Stage of Labour for Women without Epidural Anesthesia. *Cochrane database of systematic reviews*. 16(5).

DOI: 10.1002/14651858. CD002006.pub2.

International Confederation of Midwives (2010). Essential Competencies for Basic Midwifery Practice. Acedido 15-10-2016. Disponível em <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf>

Jongue, A; Teunissen, T; Lagro-Janssen, A. (2004). Supine Position compared to other position during the second stage of labor: a meta-analytic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 25. 35-45.

DOI: 10.1080/01674820410001737423.

Jonge, A.; Teunissen, D.; Van Diem, M.; Scheepers, P.; Lagro-Janssen (2008). Women's positions during the second stage of labour: views of primary care midwives. *Journal of Advanced Nursing*. 63(4). 347-356.

DOI: 10.1111/j.1365-2648.2008.04703.x

Kolcaba, R. (1997). The primary holisms in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 290-296.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and Research*. New York: Springer Publishing Company.

Lowdermilk, D.; Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. (7ª edição), Camarate: Lusodidacta

Madeira, I; Matias, S. (2010) *Reanimação Neonatal*. In II Jornadas de Iniciação à Investigação Clínica. JORNADAS DE INICIAÇÃO À INVESTIGAÇÃO CLÍNICA. Porto: Escola Superior de Enfermagem Santa Maria.

Manita, C.; Ribeiro, C.; Peixoto, C. (2009). *Violência domestica: compreender para intervir, guia de boas práticas para profissionais de saúde*. Comissão para a Cidadania e Igualdade de género: Lisboa

McDonald, S. J.; Middleton, P.; Dowswell, T.; Morris P. S. (2013) Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane database of systematic reviews*. 11(7).
DOI: 10.1002/14651858.CD004074.pub3.

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (2014). *Intrapartum Care: Care of healthy women and their babies during childbirth*. Reino Unido: National Institute for Health and Care Excellence. Acedido em 15/10/2016. Disponível em:
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-35109866447557>

Neves, A. P. (2015). Identidade e Formação de Estudantes de Enfermagem em Contexto de Cuidados Domiciliários. In *III Encontro de Boas Práticas de Enfermagem em Cuidados de Saúde Primários*. Porto, 12 Nov. 2015.

Nieuwenhuijze, M; Jonge, A.; Korttjens, I; Lagro-Jansse, T. (2012) Factors influencing the fulfillment of women's preferences for birthing positions during second stage of labor. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 33(1). 25-31.

DOI: 10.3109/0167482X.2011.642428

Nieuwenhuijze M; Jonge A; Korstjens I; Budé L; Lagro-Janssen T. (2013) Influence on birthing positions affects women's sense of control in second stage of labour. *Midwifery*. Vol. 29 (11), 107-14.

DOI: 10.1016/j.midw.2012.12.007

Nieuwenhuijze, M.; Low, L.; Korstjens, I.; Lagro-Janssen, T. (2014). The role of maternity care providers in promoting shared decision making regarding birthing positions during second stage of labor. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 59. 277-285.

DOI: 10.1111/jmwh.12187

Oliveira, C. (2013). Conforto e bem-estar enquanto conceitos em uso em enfermagem. *Pensar em Enfermagem*. 17(2), 2-8. Disponível em:

[http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE17-2_Artigo1_2_8\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE17-2_Artigo1_2_8(1).pdf)

Ondeck, M. (2007). Healthy Birth Practice #2: Walk, Move Around, and Change Positions Throughout Labor. *The Journal of Perinatal Education*, 16(3).

DOI: 10.1891/1058-1243.23.4.188

Ordem dos Enfermeiros (2006). Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição.

Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 13/10/2016. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2010a). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2010b). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros; Associação Portuguesa de Enfermeiras Obstetras (2012).

Pelo direito ao parto normal – uma visão partilhada (Documento de Consenso).

Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 15/10/2016. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Livro_Parto_Normal.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015) Livro de Bolso Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial de Saúde (1996). Care in Normal Birth: a practical guide.

Geneva: Reproductive Health and Research World Health Organization.

Parés, N.; Calais-Germain, B. (2009). Parir en Movimiento: la movilidad de la pélvis en el parto. Barcelona: La Liebre de Marzo.

Priddis, H.; Dahlen, H.; Schmied, V. (2011). What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. *Women and Birth*. 25. 100-106.

DOI: 10.1016/j.wombi.2011.05.001

Schuling, K.; Sampsel, C.; Kolcaba, K. (2010). Exploring the Presence of Comfort within the Context of Childbirth. *Bryar & Sinclair*. 9. 197-214. Disponível em: http://www.academia.edu/475561/Exploring_the_presence_of_comfort_within_the_context_of_childbirth

Setchell, M.; Shepherd, J.; Hudson, C. (2013). *Shaw's Textbook of Operative Gynaecology*. (7ª edição), India: Elsevier.

www.lamazeinternational.org/p/cm/ld/fid=214. Acedido em 2016/10/15

<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/ProjectoMaternidadecomQualidade.aspx> Acedido em: 2016/09/30

APÊNDICES

APÊNDICE I – CRONOGRAMA DE ATIVIDADE DESENVOLVIDAS DURANTE O ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Atividades	Abr/15	Mai/15	Jun/15	Jul/15	Set/15	Out/15	Nov/15	Dez/15	Jan/16	Fev/16	Mar/16	Abr/16	Mai/16	Jun/16	Jul/16	Set/16	Out/16
Pesquisa bibliográfica e RSL																	
Orientação tutorial																	
Entrega projeto UC Opção				18													
Reformulação do projeto																	
Inscrição do projeto										26							
Entrevistas informais a Peritos																	
Entrevistas informais às grávidas																	
Sessão de Preparação para o Parto “Liberdade de Movimentos no TP”									25								
Estágio com relatório										29					8		
Recolha Notas de Campo										29					8		
Sessão formativa “Conforto de Parir em Movimento: Intervenção do EEESMO”													19				
Momentos de Análise das Práticas na ESEL												6		23			
Entrega do relatório																	19

APÊNDICE II – Apresentação dos Artigos Seleccionados RSL

Título/Autor/Ano	What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. Priddis H; Dahlen H; Schmied V. 2012
Objetivo do Estudo	Analisar o impacto de posições de parto no bem-estar materno e fetal, e os fatores que facilitam ou inibem as mulheres que adotam várias posições durante o 1º e 2º estágio de TP.
Tipo de estudo	RSL
Metodologia	A estratégia de pesquisa foi desenhada para identificar a literatura relevante, e foram pesquisados nas seguintes bases de dados: CINAHL, CIAP, no <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , <i>Medline</i> , <i>Biomed Central</i> , <i>Ovidio</i> e <i>Google Scholar</i> . A pesquisa foi limitada para os últimos 15 anos como literatura atual.
Participantes	Mais de 40 artigos foram identificados como relevantes e incluídos nesta revisão da literatura
Resultados	Existem benefícios físicos e psicológicos para as mulheres quando elas são capazes de adotar posições fisiológicas em trabalho de parto e parto na posição da sua preferência. As mulheres que utilizam posições verticais durante o trabalho de parto, obtêm uma duração mais curta do 1º e 2º estágio de TP, menos intervenções desnecessárias, favorecedoras de uma experiência mais positiva, relatam dor menos severa e maior satisfação com sua experiência de parto do que as mulheres em posição supina. O aumento da perda de sangue durante o 3º estágio TP é a única desvantagem identificada, mas isto pode ser devido ao aumento do edema perineal associado com posições verticais. Posicionamento vertical durante o parto parece ocorrer com mais frequência dentro de certos modelos de cuidados durante o nascimento, em comparação com outros. As preferências para as posições, e as filosofias de profissionais de saúde, também são relatados como fatores de impacto sobre a posição de que as mulheres adotam durante o parto. Conclusão: Compreender os facilitadores e inibidores de posicionamento parto fisiológico, o impacto dos modelos de cuidados de nascimento; como parteiras e mulheres percebem posições de parto fisiológicos, e como as crenças são traduzidos em prática.

Tabela 1 - Síntese artigo "What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature"

Título/Autor/Ano	Maternal position and other variables: effects on perineal outcomes in 557 births. Meyvis I; Van Rompaey B; Goormans K; Truijen S; Lambers S; Mestdagh E; Mistiaen W. 2012
Objetivo do Estudo	Análise dos efeitos da posição materna (lateral vs litotomia) e outras variáveis sobre a ocorrência de lesão perineal.
Tipo de estudo	Estudo transversal retrospectivo
Metodologia	Realizada colheita de dados a partir do arquivo de um hospital geral entre novembro de 2008 e novembro 2009. Incluíram-se todas as mulheres com gestações entre as 37 e 42 semanas com partos eutócicos.
Participantes	557 Participantes: 348 partos em posição de litotomia e 209 partos em decúbito lateral.
Resultados	Na posição lateral diminuiu significativamente as lesões perineais durante o parto. Cerca de 50% das mulheres que tiveram parto na posição lateral ficaram com períneo intacto em comparação com o parto na posição de litotomia. Na posição lateral houve redução da episiotomia, mas são mais comuns lacerações de 1º e 2º grau.

Tabela 2 - Síntese artigo " Maternal position and other variables: effects on perineal outcomes in 557 births"

Título/Autor/Ano	Child birth in squatting position. Nasir A; Korejo R; Noorani KJ. 2007
Objetivo do Estudo	Avaliar os riscos e benefícios da posição de cócoras durante o segundo estadio do trabalho de parto em comparação com a posição supina n.d.
Tipo de estudo	
Metodologia	Após o consentimento informado foi feita seleção das parturientes e foram divididas aleatoriamente em dois grupos A e B No 2º estadio do TP, o grupo-A adotou a posição de cócoras, enquanto o grupo-B permaneceu em posição de litotomia. A terceira etapa do trabalho de parto em ambos os grupos foi realizada na posição supina
Participantes	200 Parturientes com gestações superiores a 37sem.
Resultados	A posição de cócoras pode resultar em menos partos instrumentais (> nº partos distócicos no grupo B e mais casos de distocia de ombros no grupo B), extensão da episiotomia (mais extensas no grupo B) e lacerações perineais (só ocorreram lacerações no grupo A aquelas que não foram sujeitas a episiotomia, não se verificaram lacerações de 3 e 4º grau neste grupo)

Tabela 3 - Síntese artigo "Child birth in squatting position"

Título/Autor/Ano	Prince of Songkla University Cat and upright positions together with music reduces the duration of active phase of labour and labour pain in primiparous women compared to oxytocin. Phumdoung, S; Youngwanichsetha, S; Mahattanan, S; Payakkamas, T; Maneechot, K; Chanudom, B; Ajasariyasing, T. 2014
Objetivo do Estudo	Analisar o uso da posição Gaskin modificado e outras posições verticais, em conjunto com a música relaxante, comparativamente ao uso de oxitocina durante a fase ativa TP e o seu efeito na dor em mulheres primíparas
Tipo de estudo	Estudo comparativo não randomizado Realizado de agosto de 2012 a março 2013 num hospital central no sul Tailândia
Metodologia	Os participantes foram divididos em dois grupos: um grupo (n = 88) adotou a posição Gaskin modificado alternada com posição semi-sentada (cabeça elevada a 45-60 graus), enquanto ouve música relaxante; grupo dois (n = 87) receberam ocitocina na sala de parto. Ambos os grupos receberam as intervenções quando dilatação cervical foi de 3-4 cm no início do estudo.
Participantes	175 Grávidas em trabalho de parto
Resultados	Os resultados mostraram que as mulheres que adotam a posição Gaskin modificado alternada com a posição vertical, juntamente com música relaxante, tiveram menor duração da fase ativa do trabalho do que o grupo que recebeu oxitocina. Os níveis de stress relatados pelas mulheres do grupo que experimentou posições e música foram significativamente mais baixos do que aqueles no grupo que recebeu perfusão de oxitocina.

Tabela 4 - Síntese artigo " Prince of Songkla University Cat and upright positions together with music reduces the duration of active phase of labour and labour pain in primiparous women compared to oxytocin."

Título/Autor/Ano	Comparison of the maternal experience and duration of labour in two upright delivery positions—a randomised controlled trial Ragnar,A; D Altman, T; Tyden, Olsson 2006
Objetivo do Estudo	Comparar duas posições verticais no segundo estadio do trabalho de parto em primíparas saudáveis quanto à duração do segundo estadio do TP e experiência materna
Tipo de estudo	Ensaio clínico randomizado
Metodologia	As mulheres foram aleatoriamente divididas em dois grupos, Grupo A - uma posição de 4 apoios, apoiada na cabeceira da cama de parto ou numa almofada, Grupo B - na posição sentada na cama de parto, com a cabeceira levantada pelo menos 60°. A posição de parto só foi atribuída quando o feto estava a coroar. Antes de entrar no segundo estadio do TP, não havia restrições relativas à gestão da posição materna. A experiência e satisfação foram avaliadas por um questionário de autorrelato com perguntas sobre a experiência de parto definidas por escalas ordinais O questionário foi respondido e devolvido no terceiro dia pós-parto. Os dados clínicos sobre os resultados maternos foram recuperados a partir do processo clínico e partograma.
Participantes	Nº total de participantes: 271 primíparas (divisão aleatória) Grupo 1 (n=138) – posição de joelhos Grupo 2 (n=133) – posição sentada
Resultados	Não houve diferença significativa na duração do 2º estadio de TP entre a posição de 4 apoios e a posição sentada. Em primíparas saudáveis, a posição de 4 apoios foi associada a uma experiência materna favorável, com menos dor comparada com a posição de sentada. Não houve resultado fetal adverso com uma ou outra posição. Em mulheres com baixo risco obstétrico a posição de 4 apoios deve ser encorajada.

Tabela 5 - Síntese artigo “Comparison of the maternal experience and duration of labour in two upright delivery positions—a randomised controlled trial

”

APÊNDICE III – PLANO DE SESSÃO FORMATIVA:
“O CONFORTO DE PARIR EM MOVIMENTO:
INTERVENÇÃO DO EEESMO”

PLANO DE ACÇÃO DE FORMAÇÃO

Título de Ação de Formação: “ Conforto de Parir em Movimento: Uma Intervenção do EEESMO”
Formador: Ana Froes
Data e Hora de realização: 19 de Maio de 2016 / 10h00
Local: Sala de Sessões - Hospital X
Participantes: 18 EEESMO
Duração: 45 minutos
<p>Objetivos da formação:</p> <p>Partilhar com a equipa de enfermagem do serviço de Bloco de Partos o tema do Relatório de Estágio - “Conforto de Parir em Movimento: Uma Intervenção do EEESMO”</p> <p>Aprofundar conhecimentos baseados na evidência científica sobre a promoção de posições não supinas durante o 2º estadio de trabalho de parto</p> <p>Refletir em conjunto com os EEESMO, de que modo a promoção de posições não supinas durante o 2º estadio de trabalho de parto, enquanto intervenção do EEESMO, contribui para o conforto da mulher e família</p>

Etapas	Conteúdos	Metodologia	Material e equipamento	Tempo previsto
Introdução	Tema/problemática Questão de partida Enquadramento conceptual	Expositivo	Computador Videoprojector	5'
Desenvolvimento	Enquadramento Teórico: Entidades e Autores de referência Benefícios das posições não supinas durante o 2º estadio de TP Fatores de influenciam a promoção de posições não supinas O modelo de cuidados centrado na mulher – Decisão partilhada O Papel do EEESMO na Promoção de posições não supinas durante o 2º estadio Demonstração de exemplos práticos no apoio à mulher na escolha de posições não supinas durante o 2º estadio de TP	Expositivo e Demonstrativo	Computador Videoprojector	25'
Conclusão	Recomendações para a prática de cuidados baseados na evidência Reflexão conjunta com os participantes sobre a sua experiência na promoção de posições não supinas durante o 2º estadio de TP, e o seu impacto no conforto da parturiente.	Expositivo Interrogativo	Computador Videoprojector	10'
Avaliação	Avaliação da formação pelos formandos	Expositivo Interrogativo	Questionário de Avaliação da Formação	5'